

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 50

DU PRINCIPE DE L'INTERVENTION IMMÉDIATE

DANS LA

GROSSESSE ECTOPIQUE

AU DELÀ DU CINQUIÈME MOIS

VALEUR DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean-André-Victor-Félix LAVERGNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né A BEAUVAIS (Oise), le 15 juin 1902.

Examineurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur.	Président.
PICQUÉ, professeur.....	Juges.
PERY, agrégé.....	
PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 50

DU PRINCIPE DE L'INTERVENTION IMMÉDIATE

DANS LA

GROSSESSE ECTOPIQUE

AU DELÀ DU CINQUIÈME MOIS

VALEUR DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Jean-André-Victor-Félix LAVERGNE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né A BEAUVAIS (Oise), le 15 juin 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur.	<i>Président.</i>
		PICQUÉ, professeur.	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.	
		PAPIN, agrégé.	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEULLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	VILLEMIN.	Médecine générale.	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY.
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale.	N.	id.	N.
Chimie biologique et médicale.	N.	Obstétrique.	PERY.
Médecine générale.	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophthalmologie.	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PERY.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon amour filial et de toute ma reconnaissance pour son inlassable et intelligent dévouement.

A MON PÈRE

Comme gage de mon entière gratitude et avec mon admiration pour l'éducateur et l'écrivain dont toute la vie d'abnégation et de mérite a été pour moi le plus bel exemple et sera mon meilleur soutien.

A MA SOEUR

Qui a toujours été pour moi l'ainée affectueuse et bienveillante.

MEIS ET AMICIS

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR AIMÉ ESTORC

*Interne des hôpitaux de Montpellier,
Prosecteur à l'Ecole pratique d'anatomie,
Secrétaire de la Société médicale d'émulation
et de la « Gazette des sciences médicales de Montpellier ».*

Trop tôt ravi à l'affection des siens
et à l'art médical qui lui devait déjà
des travaux remarquables, en particu-
lier le *Premier exposé magistral sur
l'électro-diagnostic*. Prix des thèses,
1883 de la Faculté de Montpellier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ARNAVIELHE

*Médecin principal de 1^{re} classe,
Ex-médecin-chef des Hôpitaux militaires de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Dont les affectueux encouragements
m'ont été si précieux aux cours de
mes études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON BINET

*Professeur agrégé de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.*

Que notre premier maître veuille
recevoir ici nos très respectueux hom-
mages. Grâce à son enseignement si
clair et son extrême affabilité, nous
gardons de notre stage à l'Hôpital
Beaujon, en 1921, un vif et reconnais-
sant souvenir.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous faisant l'honneur de nous
inspirer cette thèse, et d'en accepter
la présidence, demeure jusqu'à la der-
nière limite de notre vie d'étudiant,
notre maître vénéré et préféré.

AVANT-PROPOS

Notre vive satisfaction d'être arrivé au terme de nos études médicales est tempérée de bien des regrets et des scrupules.

Quelle différence entre assumer un labeur quotidien, entre travailler toujours sous la direction de ses maîtres et se retrouver, la thèse passée, face à face avec les difficultés et les devoirs de la carrière choisie! Aussi bien regrettons-nous un peu le passé, avec la crainte de n'avoir pas toujours assez fait durant nos cinq années d'études.

Néanmoins, à défaut de science, notre bonne volonté et notre décision seront là pour que nous puissions essayer de nous rendre dignes des maîtres éminents que nous quittons aujourd'hui, au cours de la tâche si ardue de médecin colonial, carrière qui, depuis longtemps, nous a attiré. Nous marcherons autant qu'il nous sera possible sur la trace des anciens qui nous ont précédé partout aux colonies, en souhaitant que notre réussite soit un remerciement et un hommage à tous les maîtres qui ont eu la patience de s'intéresser à nous, l'indulgence de nous soutenir dans notre travail, et dont les conseils sont venus puissamment à l'appui de nos efforts, et auxquels, par là, nous sommes redevable des quelques résultats obtenus.

C'est plus particulièrement à M. le professeur Bégouin que doit aller toute notre gratitude et notre admiration. Nul comme lui au cours des trois stages que nous eûmes la chance d'accomplir dans ses services, d'abord de clinique gynécologique, et l'année passée dans celui de clinique chirurgicale, n'a su nous attirer par son affabilité bienveillante, nous intéresser aussi bien par son enseignement clinique et ses claires méthodes, qu'à la salle d'opérations par sa maîtrise, à l'Art qu'est la chirurgie.

Du principe de l'intervention immédiate

DANS LA

GROSSESSE ECTOPIQUE

AU DELA DU CINQUIÈME MOIS

VALEUR DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des lumières nouvelles sur un sujet aussi connu et magistralement traité que l'a été la question de la grossesse ectopique et en particulier celle plus spéciale et délicate de la grossesse extra-utérine au delà du cinquième mois.

Mais en nous inspirant ce sujet de thèse, M. le professeur Bégouin attira notre attention sur l'intérêt que pouvait présenter l'étude comparée de chaque procédé opératoire vis-à-vis des données classiquement acceptées sur la question de l'opérabilité à pareille période. C'est sur ce point que nous avons orienté nos recherches et cherché à tirer les conclusions de ce modeste travail.

Ainsi donc, nous nous proposons en un court premier chapitre de résumer au lecteur les données de l'intervention immédiate en lui remémorant à cette fin les grands traits des thèses de Baronnet et Guermeur, inspirées également par le

professeur Bégouin, l'une en 1922, l'autre en 1923; tous deux concluaient nettement à la nécessité de l'intervention immédiate sans essayer de temporiser vers le terme, selon l'idée classique. Le premier se basait sur le peu de chance de survie, puis sur le peu de valeur physique et psychique du fœtus ectopin, l'autre considérait que malgré la définition classique, les accidents auxquels demeure exposée la mère après le cinquième mois sont très fréquents, aussi variés et peut-être plus redoutables qu'avant cette date. Ayant confirmé ce point de vue de l'intervention par principe, sitôt le diagnostic posé (de même que pour une grossesse ectopique jeune) nous examinerons la valeur de chaque procédé opératoire, étudiant donc cette opération, préconisée et réclamée par les deux auteurs précités. A l'appui nous donnerons les chiffres que nous avons pu établir.

Il existe quatre procédés pour interrompre chirurgicalement une grossesse ectopique avancée.

a) L'ancienne élythrotomie;

b) La laparotomie :

1° Avec marsupialisation du placenta et des membranes;

2° Avec extirpation du placenta et des membranes;

3° Avec abandon pur et simple du placenta et des membranes.

Enfin, on trouvera à la fin de ce travail le tableau de toutes les observations qui nous ont servi pour établir nos statistiques. Elles sont loin de constituer toute la littérature publiée dans ces trente dernières années. Nous en avons 286. D'après Price, de New-York, en 1920 et depuis 1885, il y aurait eu près de 350 cas de grossesses ectopiques avancées opérées.

Mais n'ayant pas choisi les nôtres, elles doivent à peu de chose correspondre à la vérité. A l'appui de chaque procédé, nous avons jugé utile d'en citer *in extenso* quelques-unes qui nous semblent les plus typiques, ou présentent à notre avis une physionomie rare et particulière, soit dans leur évolution, soit dans leur allure générale.

CHAPITRE PREMIER

DE LA NECESSITE D'OPERER D'EMBLEE UNE GROSSESSE ECTOPIQUE AVANCEE

La question de la grossesse ectopique en général est de nos jours une question parfaitement connue. Les cas cliniques multiples ont permis d'étudier à fond ce sujet, tant au point de vue étiologique (infection dans la plupart des cas à l'ostium tubaire), qu'au point de vue anatomique et anatomo-pathologique, et par là de régler la conduite à tenir sur laquelle nul ne discute plus aujourd'hui, à savoir : l'intervention immédiate.

Sur le point particulier de la grossesse ectopique ayant franchi le cinquième mois, article plus longtemps discuté et le demeurant encore, l'accord semble devoir se faire également. Tout le monde, en effet, avant le cinquième mois, a vu ses multiples dangers, est d'avis, comme le dit Werth, de considérer la grossesse ectopique comme une tumeur maligne et de la traiter comme telle. Qui, en effet, aurait l'idée, pour quelques rares cas arrivant au terme avec enfant viable, de laisser, comme cela a lieu dans la plupart des cas, courir à la mère durant de longs mois l'effroyable danger de la rupture et d'autres accidents graves.

Pour la grossesse ectopique qui a passé le cinquième mois, les auteurs sont loin d'être de la même opinion, malgré la tendance générale, à s'entendre sur un point commun, à savoir : de ne laisser la grossesse évoluer dans l'espoir d'obtenir un enfant vivant qu'à la condition formelle que ce très hypothétique devenir ne soit pas pour la mère l'ombre du moindre danger.

Malgré cette fort juste idée, nous trouvons Odon Rhoor partisan de l'expectative la plus absolue vis-à-vis de toute gestation ectopique avec fœtus vivant — et cela dès le quatrième mois ! Opinion pour le moins étrange — rappelant la conception plus qu'ancienne, vaguement entremêlée d'influence religieuse, de la primauté du « germen » sur le « soma » — qui faisait sacrifier dans un accouchement laborieux, par les anciens praticiens, la vie de la mère pour sauver celle du fœtus. Sur ce point l'idée serait encore soutenable, peut-être ! Mais au sujet d'une grossesse ectopique, et dès le quatrième mois ?

Moins entières, par là plus logiques, des opinions averties préconisent comme le professeur Pinard l'expectative armée. Comme le dit fort justement le professeur J.-L. Faure : « Si la grossesse évolue sans accidents, si la mère est en bonne santé et ne semble pas souffrir d'une situation aussi anormale, *si elle peut être surveillé et opérée sur-le-champ en cas d'accidents graves toujours possibles*, il est permis de se demander s'il ne vaut pas mieux attendre de façon à avoir un enfant vivant, sans faire courir à la mère plus de risques que dans une opération hâtive : mais cette toute dernière considération passe avant toute autre, et je pense qu'il *n'est permis d'attendre qu'à cette condition formelle que le sauvetage (d'ailleurs plus que problématique) de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère.* » On ne peut que se ranger à pareille autorité, mais il est reconnu que bien rarement toutes ces conditions favorables sont à même d'être réunies. Alors ?

Alors, plus catégorique, le professeur Segond, partisan pourtant de l'expectative (mais fort réduite), sacrifie l'enfant si la grossesse n'est pas très avancée. C'est dire qu'il opère d'emblée toute femme se présentant avant le huitième mois révolu.

Enfin, O.-A. Boije, dans son très complet travail sur la grossesse ectopique avancée, est encore plus radical. Partisan résolu de l'intervention immédiate, quel que soit l'âge de la grossesse ectopique, qu'il s'agisse d'un fœtus mort, viable, vivant — la chose lui importe peu. L'adage de Werth est à

prendre dans toute sa rigueur. Le stade du cinquième mois n'a plus aucun intérêt. C'est simplement une époque où la grossesse, anatomiquement et pathologiquement, change de physiologie. C'est tout! De la première à la dernière semaine, au point de vue thérapeutique elle est justiciable du même traitement, savoir : l'interruption immédiate. L'auteur allemand ne consent à admettre comme seule exception qu'une mère réclamant impérieusement un enfant vivant. Dans ce seul cas et sous conditions que le moindre mauvais symptôme n'existe pas (comme plus haut le dit J.-L. Faure), l'expectative peut être envisagée. Cette façon de penser est tout à fait identique à la nôtre, ou mieux, identique à celle de notre maître, le professeur Bégouin.

En effet, quelles sont les puissantes raisons qui, ces derniers temps, amènent de plus en plus à penser ainsi, et n'envisager qu'une thérapeutique unique : purger la mère de ce fœtus pathologique. Résumons ces idées d'un trait.

Ce sont :

1° Les accidents qui peuvent survenir à la mère au cours de l'évolution de cette grossesse anormale;

2° Les considérations absolument concluantes sur le peu de viabilité et de valeur du fœtus ectopique;

3° Les difficultés opératoires qu'on rencontre fatalement dans une opération retardée et souvent d'urgence.

1° ACCIDENTS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE AVANCÉE. — Les accidents de la gestation ectopique au delà du cinquième mois sont fréquents, variés et toujours extrêmement graves.

a) Le premier est la *rupture*. Certes, elle est rare, au lieu d'être comme dans la grossesse ectopique jeune quasiment la règle. Parry, sur 202 cas de ruptures, n'a que 8 p. 100 après le cinquième mois. Mais à ce stade elle est éminemment dangereuse, toujours mortelle si on n'intervient pas d'urgence. En effet, la déchirure, au lieu d'intéresser une trompe, où, dans une intervention immédiate il est plus facile d'assurer l'hémostasie et de localiser les points saignants, s'étend souvent dans des proportions énormes à des organes voisins et à de très gros vaisseaux : par la rupture d'adhérences multiples qui saignent

avec une rapidité inouïe, on peut voir une manière de mort subite. Et si on a le temps d'intervenir, le résultat opératoire est fort douteux comme le prouve l'issue fatale de nos observations 60 et 82, pour ne citer que ces deux-là.

b) Le deuxième est l'*infection du kyste*, primitive ou secondaire, précédant ou suivant la mort du fœtus — éventualité redoutable car si les difficultés de l'opération en elle-même ne sont pas sensiblement augmentées, cet état d'infection rend très aléatoires les suites de l'intervention, l'inoculation à la plaie provoquant assez fréquemment une septicémie mortelle. telles nos observations 178, 243, 251 et 258.

c) Un autre accident est la *toxémie gravidique*, accompagnée fréquemment de *vomissements incoercibles*, d'*albuminurie*, de *troubles sensoriels* intenses, etc. Autre éventualité redoutable qui force la main du chirurgien; de toute nécessité, il lui faut supprimer la grossesse, cause initiale des phénomènes graves susnommés, et par contre dans quelles lamentables conditions d'opérabilité se trouve-t-il ? Plus que jamais, ici voilà l'étrange résultat ou nous amène l'expectative — à vouloir sauver deux créatures, on ne réussit qu'à les mieux condamner. Guermeur, citant neuf cas opérés en de semblables conditions, ne rapporte qu'une guérison, soit 88 p. 100 de mortalité. A cela nous ajoutons, pour prouver jusqu'à quel degré de cachexie la grossesse ectopique mal tolérée peut amener la mère, l'exemple de l'observation n° 136 de Bloch où, après douze mois de gestation on trouva un fœtus vivant de 5 kilos dans l'abdomen d'une mère d'une cachexie squelettique.

d) Le *faux travail*, redoutable par ses deux conséquences immédiates :

La rupture déjà envisagée;

L'*occlusion intestinale aiguë*.

Ce dernier accident pouvant survenir d'ailleurs d'une façon primitive et autonome par des compressions fœtales, des brides placentaires ou des adhérences mal situées.

e) Enfin, au cas où la grossesse ectopique n'a pas été diag-

nostiquée, la *réten*tion, survenant après la mort du fœtus, dus au faux-travail. Rétention qui peut être :

Simple;

*Comp*liquée.

La rétention simple, bien tolérée, sans infection aboutit au lithopédion et dure parfois longtemps (cas du professeur Bégouin, pendant vingt et un ans, du professeur Villard, de Lyon, trente ans); mais cette éventualité est rare : plus souvent, la rétention se complique : l'infection, la putréfaction apparaissent; la terminaison est, soit la fistulisation à la peau, soit cas moins heureux, dans quelque cavité organique, avec infection générale et septicémie comme conséquence fatale.

Il va de soi que dans des cas pareils, les difficultés sont énormément augmentées. Le mauvais état général assombrit le pronostic. En l'absence de ces accidents nous verrons plus tard que près du terme l'opérabilité, même sur femme en bonne santé apparente, diminue notablement. Le placenta a augmenté de volume parfois dans des proportions énormes, les adhérences se sont faites plus tenaces, plus envahissantes. Neuf mois de cette gestation pathologique même bien supportée, ont logiquement ruiné plus que ne le feraient cinq ou six mois, la santé de la femme.

II. — VALEUR DU FŒTUS. — Que vaut donc cet enfant ectopin pour lequel on fait de sang-froid si peu de cas de la mère, laissant courir à cette dernière toute l'effroyable série de risques que nous venons d'énoncer. Mérite-t-il ce prix ? Hélas ! non. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à l'ouvrage de Baronnet dont voici les grandes lignes dans toute leur sévérité.

L'ectopin ne mérite aucune sollicitude. Ce n'est même pas un devenir en lequel on puisse mettre quelque espoir. Souvent il meurt avant le terme pendant l'expectative; extrait à terme, il meurt sur le champ; survivant quelques jours, il disparaît vite; s'il arrive péniblement à l'âge de quelques mois,

comment le voyons-nous ? Comme un insuffisant en tout point. Malformé et déficient autant du physique que de l'intellect

Comment expliquer cette triste évolution ? L'œuf se développe mal par insuffisance placentaire d'abord, la nourriture fœtale se faisant mal, les organes environnants étant peu propres à la vascularisation spéciale que nécessitent les villosités choriales. Les brides placentaires, les compressions voisines lui provoquent mains botes, pieds bots, becs-de-lièvre, enfoncements craniens, etc. Les absorptions toxiques dues au voisinage de l'intestin maternel gêné dans son parfait fonctionnement sont cause de sa déficience organique générale qui entraîne sa mort dès les premières heures de sa vie propre.

1° Maygrier, en 1886, sur 17 ectopins retirés vivants, en voit 9 mourir dans les deux jours;

2° Orillard, en 1896, sur 61 ectopins, en trouve seulement 27 vivant encore six heures après leur extraction; de ces 27, 19 sont morts dans les quarante-huit heures suivantes, les 8 derniers avant l'âge de cinq ans.

3° Sittener, en 1908, sur 102 ectopins vivants, en trouve :

63 morts en moins de 7 jours;

33 morts en moins d'un an;

6 seulement parviennent à l'âge de 5 ans.

4° Baronnet compte 303 ectopins :

171 ou 58 p. 100 meurent sitôt extraits ou dans les vingt-quatre heures;

132 ou 44 p. 100 survivent à ces premières vingt-quatre heures;

De ces 132 survivants :

67, soit 51 p. 100, meurent dans le courant de la première année;

23, soit 18 p. 100, meurent de 2 à 5 ans;

42, soit 32 p. 100, ont dépassé 5 ans.

Si on retranche 42 de 303 primitivement vivants, c'est à peine du 13 p. 100 qui demeure (il eût été intéressant de connaître le pourcentage de la survie au delà de la cinquième année et de suivre dans la vie ces cas, perdus vite de vue; nul doute que leur avenir pathologique ne soit intéressant à connaître).

Parmi les survivants, formant ces 13 p. 100, Baronnet trouve le tiers environ comportant les sérieuses malformations dont nous avons parlé plus haut. Mains et pieds bots, luxations, becs-de-lièvre, déformations craniennes ou thoraciques, sans compter encore l'insuffisance intellectuelle marquée. Bref, ces 13 p. 100 dont le tiers est malformé (ce qui réduit à 8 ou 9 p. 100 le taux des enfants qui ont mérité qu'on fasse subir à leur mère les dangers de l'expectative), vaut-il le risque de différer une opération salvatrice, qui, dirons-nous, bénigne jusqu'au sixième-septième mois, devient de plus en plus aléatoire au fur et à mesure que le terme approche ? (Et encore faut-il ajouter à ces risques simples, ceux découlant d'une opération d'urgence, motivée par la brusque apparition d'un quelconque accident grave.) Nous ne le pensons pas, et considérons la question jugée. Nous croyons avoir suffisamment établi le principe de l'intervention immédiate. Sacrifions impitoyablement ce fœtus dangereux pour sauver plus sûrement une mère — en intervenant au meilleur des conditions d'opérabilité.

Agissons en présence d'une grossesse ectopique avancée, sans plus attendre, comme on agit, sans délai, en présence d'une gestation extra-utérine âgée seulement de quelques semaines

CHAPITRE II

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE EN ELLE-MEME

Le principe de l'intervention immédiate étant posé, et nous avons vu que le plus tôt était le mieux, ainsi que le prouveront en fin de cet ouvrage les statistiques, quels sont les modes d'intervention qu'il est possible d'employer ?

De nos jours, aussi bien pour une grossesse ectopique avancée que pour une datant d'à peine quelques semaines, la chirurgie s'impose seule. Il n'en a pas toujours été ainsi.

On essaya d'abord pour interrompre la grossesse (et il n'y a pas longtemps que le procédé est abandonné) une véritable « cura famis ». Régime d'inanition à peu près complet, aggravé d'ingestions répétées de sel et d'ergot de seigle. Mais chose bizarre la femme mourrait plutôt d'épuisement, sans que le fœtus pour cela cessât de prospérer. C'est ce que prouvèrent également d'autres essais d'interruption de la grossesse par l'absorption de toxiques (sels de mercure, iodure de potassium), accompagnée de saignées abondantes. Rien n'y faisait, le fœtus arrivait à la taille et au poids qu'il devait avoir.

Puis fut tentée alors l'action directe sur ce fœtus récalcitrant, par injection d'atropine ou de strychnine dans le kyste. Pour deux réussites, que de cas néfastes quant aux résultats !

En 1836, Simpson, puis Braxton-Hicks, essayèrent la simple évacuation du liquide amniotique. Moins dangereux, ce procédé donna quelques résultats.

Puis en essayant de tuer directement le fœtus avec un trocart, souvent ce fut la mère qu'on fit mourir d'hémorragie.

Nous citerons par curiosité l'effrayant procédé de compression progressive et graduée de l'abdomen au moyen de sacs de sable.!

Plus rationnel fut l'emploi du courant électrique galvanique ou faradique par électropuncture ou bien par simple application d'électrodes. Dans un premier cas, celui de Bochette, le succès fut net. Mais cette méthode avait le gros défaut d'amener souvent la rupture, grave au possible, parce qu'étendue de l'œuf, rupture due à la tétanisation intense des tissus électrisés.

Le traitement chirurgical, en apparence le dernier en date, est en réalité fort ancien. Il fut appliqué pour la première fois justement à un cas avancé de grossesse ectopique, par Primrose, à Bordeaux, en 1593; Plat, en 1597, renouvela l'audace de Primrose. Le troisième cas cité dans la littérature ne se retrouve qu'en 1714. Quelques autres se rencontrent dans le cours du XVIII^e siècle. Ils se sont multipliés depuis, de Levret jusqu'à nos jours, malgré une période où les difficultés opératoires nombreuses aggravées des conditions déplorables d'asepsie et d'antisepsie alors employées avaient créé une sorte de *noli me tangere*. L'on en était arrivé à considérer comme seule thérapeutique rationnelle, de laisser évoluer la grossesse ectopique, se basant sur le chimérique espoir de la résorption de l'œuf rompu avant terme (si l'issue immédiate n'était pas fatale), ou sur l'inconstante tolérance d'un fœtus mort après faux-travail et demeuré inclus dans la cavité abdominale.

Comment se présente au cours de ces trente dernières années la question de l'intervention chirurgicale de la grossesse ectopique avancée, la question du devenir fœtal étant écartée ?

L'intervention se heurte à deux difficultés majeures :

1^o Une, immédiate, l'hémorragie placentaire qui suit toute déchirure des membranes insérées sur les organes voisins, ces organes pouvant être eux-mêmes lésés du fait des adhérences intimes et fort difficiles à vaincre sans trop de danger;

2^o Une, postérieure, l'infection générale, fréquente surtout

quand l'intervention a rencontré un fœtus mort, un œuf infecté.

Tant que le fœtus est vivant, la circulation placentaire très intense est en effet le gros écueil opératoire. Les auteurs avaient noté que, le fœtus mort, cette circulation se ralentissait pour cesser à peu près totalement vers le deuxième mois qui suit la mort du fœtus (cette règle souffre d'ailleurs des exceptions, plusieurs observations en font foi, où des femmes opérées pour des rétentions fœtales vieilles de plusieurs semaines, sont mortes, avant de s'être même réveillées de l'anesthésie, d'anémie aiguë causée par une hémorragie placentaire incoercible). Mais dans son ensemble ce principe d'atrophie placentaire est vérifié, — il avait conduit les chirurgiens à attendre d'abord la mort du fœtus, puis ensuite le ralentissement de la circulation placentaire pour écarter tout danger hémorragique.

Ceci joint à la peur superstitieuse qu'on avait du péritoine, de crainte de l'infecter irrémédiablement, avait eu pour conséquence la naissance du premier procédé — l'*élythrotomie* ou *colpotomie* — évacuation par les voies naturelles du fœtus et des quelques lambeaux membraneux qui pouvaient être atteints.

Nous examinons plus loin chacune des interventions avec leur technique, leurs avantages, leurs inconvénients. Mais sans anticiper nous pouvons dire de suite que si l'*élythrotomie* fut vite abandonnée dès que naquit la laparotomie, c'est qu'en effet elle présentait de sérieux inconvénients. Tout d'abord peu de femmes atteignaient ce stade d'opérabilité; il leur fallait en effet : réussir à vivre, malgré les nombreux accidents liés à l'évolution de leur grossesse ectopique, malgré les dangers du faux-travail : éviter l'infection, l'œuf une fois mort ! Et si le pourcentage absolu de l'opération est déjà suffisamment élevé, à combien monterait-il si, comme il serait logique de l'admettre, les statistiques comprenaient les cas de morts en attendant que l'intervention devienne praticable. De plus, ne donnant jamais, et pour cause, d'enfant vivant, on ne devait guère tarder à voir apparaître la laparotomie qui n'avait guère, en quelques années, de difficultés à s'imposer.

Tout d'abord on appliqua à la laparotomie les mêmes principes qu'à l'élythrotomie, en particulier, l'attente du ralentissement circulatoire placentaire. Mais la large voie d'accès permettant un meilleur contrôle visuel du champ opératoire et une meilleure aisance de mouvements le cas échéant, les chirurgiens se firent plus hardis. On opéra aux environs du terme pour avoir l'enfant vivant et éviter les accidents consécutifs à l'infection de l'œuf. Ne pouvant extraire sans danger, du fait des adhérences, l'énorme gâteau placentaire en pleine intensité circulatoire, on tournait la difficulté en attendant l'élimination spontanée de cette masse par la plaie laissée ouverte et dont les lèvres étaient suturées aux parois du kyste. Les membranes s'éliminaient peu à peu, sorte de lente délivrance à la fois naturelle et pathologique, en un laps de temps parfois assez court. La *marsupialisation* était née. Nous verrons plus loin ce que nous pensons de ce procédé. Progrès marqué sur l'élythrotomie, ce n'était pourtant point encore le procédé vraiment chirurgical que tout le monde désirait et concevait, confusément, l'*extirpation* radicale du placenta et des membranes.

Cette dernière méthode fut enfin essayée en grand, vers 1885, par Lawson-Tait et Maygrier; elle fut alors vivement combattue par le professeur Pinard. En effet, ce procédé pouvait paraître, et l'était alors, une témérité dangereuse. Oser décoller ces membranes, déchirer ces multiples vaisseaux qui saignaient en nappe, s'attaquer à ces adhérences traîtresses et redoutables, qui sournoisement attenaient, qui aux gros vaisseaux, qui aux intestins, qui aux viscères les plus divers, constituait une opération longue, difficile, shockante au possible, et ajoutait à ces dangers ceux d'une longue anesthésie, le tout pour un résultat mince d'avantages absolus et que la marsupialisation semblait donner plus sûrement. Certes on évitait par l'extirpation, le gros danger découlant du placenta marsupialisé, l'hémorragie secondaire se produisant au moment de l'élimination totale ou des premiers phénomènes de décollement. Mais les détracteurs de l'extirpation ne se faisaient pas

faute de répondre que dans ce procédé c'était l'hémorragie primitive qui tuait, et plus fréquemment.

Néanmoins les chirurgiens ne se découragèrent pas. Dès 1888, Lawson-Tait apportait 8 cas d'extirpation totale, suivis de la plus complète guérison, pour un seul cas de mort, au sujet duquel il affirmait que l'issue fatale ne serait pas survenue s'il s'était laissé moins impressionner sur le moment, par l'inondation du champ opératoire. Et en 1890, Bula-Lafont n'affirmait-il pas déjà : « Tendance générale à appliquer l'extirpation à tous les cas de grossesses ectopiques, sauf cas particuliers à considérer et traiter par la méthode appropriée à leur physionomie spéciale. »

Cette méthode, l'extirpation, a en effet prévalu. C'est en effet de nos jours le procédé de choix. Nous allons maintenant étudier à part, chacun de ces trois procédés, qu'il est utile de connaître.

Car la marsupialisation est encore fréquente et souvent nécessaire, et malgré ce que nous avons dit sur l'élythrotomie nous jugeons indispensable de lui consacrer également un chapitre. Il y a quelques années l'autorité de O.A. Boije l'a remise à l'ordre du jour dans des cas spéciaux très rares mais nets où elle est susceptible de rendre service, en l'occurrence, quand on est en présence d'un jeune fœtus mort et infecté, situé très bas dans le pelvis. Dans ces conditions, nous ne saurions être complets si elle ne figurait pas dans notre étude.

Après avoir décrit la technique de chaque procédé, nous en ferons la critique, envisageant avantages, inconvénients. Puis nous donnerons les résultats chiffrés au point de vue de la mortalité et des suites opératoires. A ce sujet il est nécessaire de considérer l'intervention selon qu'elle a lieu à une des trois périodes suivantes :

1° aux cinquième, sixième, septième mois;

2° aux huitième, neuvième mois, c'est-à-dire aux alentours du terme;

3° Après la mort du fœtus (soit après le terme, soit que la grossesse se soit simplement interrompue d'elle-même), c'est-à-dire quand nous sommes en présence de rétention.

Mieux que des phrases les chiffres que nous avons pu établir parleront au lecteur.

Nous ne dirons que quelques mots sur le procédé de laparotomie avec complet abandon des membranes. C'est un pis-aller auquel on ne doit recourir, momentanément, qu'en des circonstances graves, forçant à interrompre sur le champ le cours normal de l'intervention. S'y décider d'emblée, ayant à sa disposition d'autres méthodes serait un crime, tant les résultats des quelques cas, fort douteux d'ailleurs, où l'expérience fut tentée, ont été néfastes. Nous parlerons en son lieu et place de ce dernier procédé.

CHAPITRE III

L'ELYTHROTOMIE

En fait abandonnée aujourd'hui, nous pensons qu'il y a néanmoins intérêt à examiner en détail ce procédé opératoire. Si la laparotomie règne seule désormais, il ne faut pas oublier que les premières interventions pratiquées par élythrotomie donnèrent les nouvelles connaissances exactes sur l'anatomie pathologique de la grossesse ectopique, sur sa physiologie, sur son évolution.

Les raisons qui firent délaissier l'élythrotomie sont les suivantes :

1° Ses difficultés sont aussi grandes que celles de la laparotomie vis-à-vis du gros péril : l'hémorragie placentaire;

2° Qu'à difficultés égales, ses résultats absolus sont moins bons, ne pouvant donner d'enfant vivant (on ne peut considérer vraiment comme élythrotomie l'observation extraordinaire n° 272);

3° Pour être applicable elle exige des conditions telles que peu de malades arrivent à ce stade d'opérabilité.

Le seul motif qui la fit au début préférer à la laparotomie, encore timidement essayée, était qu'elle permettait d'éviter par la voie basse plus facilement que par la voie haute l'infection péritonéale. Logiquement puisqu'on ne pouvait sauver la mère qu'en sacrifiant l'enfant, il était assez normal d'attendre que l'intervention devint praticable. Cependant l'élythrotomie avait été également tentée sur des grossesses « vivantes », aussi bien vers les cinquième ou sixième mois qu'aux

environs du terme; les résultats, on le comprend aisément, ne purent que demeurer mauvais. L'incision du sac, l'extraction du fœtus (nous ne parlons pas de l'extirpation des membranes à laquelle on ne songeait même pas) amenaient souvent des hémorragies incoercibles, parce que le chirurgien était dans l'impossibilité majeure de les aveugler, ne sachant même pas le point précis où elles se produisaient, ou, le connaissant, éprouvait les plus grandes difficultés à aller pincer ledit point. Fréquemment le moyen de nécessiter le tamponnement même ne suffisait pas. Nous avons trouvé quelques cas où la laparotomie fut nécessairement pratiquée sur le champ, pour aller, à l'œil libre, ligaturer les points saignants. Quelquefois même le tamponnement n'était même pas à envisager quand le sac était formé sans paroi propre résistante, comme dans le cas d'anses intestinales agglutinées.

Tous ces inconvénients amenèrent à mieux regarder la laparotomie qui, si elle pouvait provoquer l'hémorragie, permettait par contre bien mieux son aveuglement, cela pour le cas de grossesses ectopiques en évolution; pour les grossesses « mortes », elle offrait pour l'extraction du fœtus plus ou moins altéré l'avantage d'une voie large, rapide, moins traumatique. Quant à l'infection que l'élythrotomie, en fait, n'évitait pas autant qu'on le soutenait, les progrès de l'asepsie aidant, la laparotomie la provoquait même moins encore par la suite.

Malgré ce réquisitoire sévère contre l'élythrotomie qui, selon la formule de Picqué, était désormais condamnée autant par le bon sens que par les statistiques, nous croyons que, selon l'avis de Boije, il y a encore pourtant quelques très rares cas où elle demeure applicable. Spécifions immédiatement : quand les conditions suivantes, sans qu'il en manque une, se trouvent réunies :

- 1° Grossesse interrompue depuis au moins deux mois;
- 2° Grossesse interrompue jeune, c'est-à-dire présentant un fœtus petit et un placenta réduit;
- 3° Kyste nettement perceptible et accessible par les culs-de-sac;

4° Quand le placenta est inséré par côté, de façon à rendre impossible sa transfusion au moment de l'incision;

5° Quand l'œuf étant infecté, il y a danger majeur, de par la virulence soupçonnée des germes, de par le trop mauvais état général de la femme, à tenter la voie haute.

En effet, ces cinq conditions, dont les quatre premières forment un tout capital sont rarement réunies. Puis rares également, les femmes qui se présentent à un stade aussi avancé. Il faut également que la grossesse se soit interrompue au plus tard au septième mois, ou que le fœtus soit exceptionnellement petit. Sinon même en l'extrayant par morceaux, les difficultés seraient telles, l'opération si pénible et traumatisante, que le résultat serait plus douteux que par la voie haute, en dépit du danger d'infection péritonéale. En résumé, ces conditions réunies, il faut, pour être défendable, que l'intervention ne diffère pas sensiblement de la simple ouverture d'un abcès du Douglas ou d'un hématoçèle enkysté, pour lesquels la voie basse est utilement employée.

Examinons la technique de l'élythrotomie ainsi conçue.

Le vagin étant soigneusement désinfecté (iode, goménol) depuis plusieurs jours, la femme anesthésiée est mise en position obstétricale. Le chirurgien explore avec soin du doigt ganté les culs-de-sac : cette recherche a une importance capitale — principalement si l'interruption de la grossesse est relativement récente — pour bien préciser les points, où ne se sentent aucune pulsation, et présumer du mieux possible de l'insertion placentaire. Aux seuls points où rien n'est perçu, et là seulement, portera l'incision.

Pour pratiquer cette dernière user du bistouri et non, comme autrefois, du thermocautère, modification récente qui a son importance. Avec le bistouri ordinaire on pratique une incision transversale de deux à trois centimètres sur le point culminant de la tumeur en procédant couche par couche de façon à pouvoir presser méthodiquement tous les vaisseaux qui donneraient du sang. Voilà pourquoi l'emploi du bistouri est préférable à celui du thermocautère. On peut le cas échéant agran-

dir au bistouri boutonné. Ou bien on peut pénétrer d'emblée dans le kyste par ponction et par cette boutonnière, repérer avec le doigt la position du placenta et la situation du fœtus. Le diagnostic confirmé on agrandit l'ouverture en introduisant la main en cône, avec lenteur. Autrefois, quand par ce procédé on avait tenté de retirer des fœtus vivants (et nous avons vu pourquoi cette méthode, outre qu'elle ne pouvait réussir, était dangereuse), le chirurgien était parfois obligé de faire des manœuvres de version, ou d'appliquer le forceps. Inutile d'ajouter que le placenta était plus ou moins malmené et quelles conséquences en découlaient. Quand le fœtus mort était trop gros on le diminuait comme dans les cas d'accouchements terminés au basiotribe. Mais, dans notre cas présent, le seul où nous acceptions l'élythrotomie, cette extraction ne doit présenter aucune difficulté sérieuse, puisque le fœtus que nous devons trouver est petit, macéré et doit sortir comme un gros caillot. Si pour quelque raison imprévue, la moindre gêne existait, ne pas hésiter à réduire fortement et prudemment toutes ses parties. Prudemment disons-nous, mais complètement, car il faut éviter à tout prix tout traumatisme même minime de la plaie colpotomique, entraînant des inoculations septiques et aussi, afin d'éviter la rupture d'adhérences ignorées fort dangereuses. Puis le cordon est sectionné le plus haut possible, après ligature. On ne doit pas chercher à extirper le placenta. D'ailleurs dans les conditions très spéciales où nous appliquons l'élythrotomie, le placenta petit est souvent atrophié au point de n'en pas quelquefois trouver de trace nette. Ensuite, selon le degré, soit d'hémorragie qui ne peut être dans le cas envisagé que minime sauf accidents graves imprévus, soit d'infection dans lequel on a trouvé l'œuf et fait préférer la voie basse à la voie haute, on peut placer, ou un gros drain long à extrémité interne en croix, ou un simple tamponnement vaginal à la gaze stérile ou iodoformée. Une excellente pratique est la suivante : deux drains jumeaux permettant l'irrigation de la poche, l'un sert de tube d'arrivée, l'autre de tube de sortie. Cette méthode évite les cas fréquents aussi bien après laparotomie

qu'élythrotomie, de résorption purulente. On doit donc l'employer par principe en notre cas puisque de par la conception nouvelle que nous formulons de l'élythrotomie, nous serons toujours en présence de petits fœtus morts et suppurés. Le Dakin comme pour les empyèmes pulmonaires convient très bien, mieux que les solutions iodées ou mercurielles. Enfin diminuer au fur et à mesure la longueur des drains, puis les supprimer le plus rapidement possible dès que l'examen montre la disposition de la sécrétion purulente.

S'il y avait après intervention hémorragie importante, le tamponnement s'imposerait quoique nous ayons dit plus haut quelle créance relative on pouvait attacher à ce moyen de fortune.

Toutefois, même dans les cas rares ici spécifiés où l'élythrotomie modifiée et perfectionnée est applicable, si l'on entrevoit la possibilité d'utiliser la laparotomie sans de trop gros dangers (suppuration intense ou mauvais état général de la femme), ne pas hésiter à préférer la voie haute.

Cela étant et le procédé de l'élythrotomie jugé, nous ne nous sommes pas attaché à recueillir les cas d'élythrotomie. Sur ce point c'était les observations de laparotomie qui nous intéressaient. Néanmoins nous avons noté tous les cas nets et typiques que nous avons trouvés au cours de nos recherches destinées à rassembler ceux d'intervention par marsupialisation et extirpation.

Sur les neufs cas rapportés, observations n^{os} 265 à 273 (l'observation n^o 272 devant être mise tout à fait à part), que voyons-nous ?

Huit élythrotomies dont deux (n^{os} 268 et 269) furent opérées selon la technique que nous venons d'exposer et dont le résultat fut une double guérison, donnent :

1^o 4 cas d'intervention sur fœtus vivant : 2 guérisons, 2 morts : soit 50 % de mortalité;

2^o 4 cas d'intervention sur fœtus mort : 2 guérisons, 2 morts : soit 50 % de mortalité.

Nous ne pouvons tirer de conclusion avec une statistique aussi

peu fournie en données : néanmoins il est curieux de constater que les chiffres obtenus correspondent assez exactement aux chiffres de la dernière statistique autrefois parue, celle de Sittener, vers 1900. Depuis il n'y en a plus eu, pour le motif bien simple que l'élythrotomie n'a plus été que très rarement pratiquée.

Une toute autre valeur est à attacher aux chiffres que nous donnerons sur les deux procédés modernes, la marsupialisation et l'extirpation, pour lesquels nous nous sommes appliqué du mieux possible à fournir les résultats les plus complets et les plus exacts.

CHAPITRE IV

LAPAROTOMIE AVEC MARSUPIALISATION DU PLACENTA ET DES MEMBRANES

Quoique bien antérieure comme apparition à cette date, vers 1890, la laparotomie était peu employée. L'élythrotomie précédemment décrite était à peu près la seule opération utilisée. Encore à cette époque un respect un peu superstitieux éloignait chaque fois que c'était faisable, le chirurgien de la séreuse péritonéale si redoutée par sa facilité inouïe à s'infecter. On considérait comme un curieux et téméraire personnage, le chirurgien qui, tel Lawson-Tait, laparotomisait toutes ses grossesses ectopiques avancées et osait déclarer déjà, en 1888, que l'extirpation était le procédé de choix.

Néanmoins chacun reconnaissait que l'élythrotomie ne donnait pas toujours, il s'en fallait même de beaucoup, des résultats satisfaisants et ne réalisait pas les espoirs mis en elle, en considération de ses défauts et de ses dangers. Peu à peu, en présence de la décision de Lawson-Tait et de quelques autres tels Siltener, Segond et plus récemment, vers 1900, à la suite des travaux de J.-L. Faure, l'opinion se modifia et l'on envisagea la laparotomie comme applicable à toutes les gestations ectopiques avancées et cela pour deux raisons majeures :

1° L'intervention est toujours possible, où, quand et comme on veut, à n'importe quelle époque de la grossesse;

2° On agit librement, à l'aise, et cela sous le contrôle de la vue, grâce à la voie large et facile, sur ce placenta redoutable.

En fait l'élythrotomie n'est qu'une manière d'ouverture d'ab-

cès, on donne simplement issue au contenu. A la nature le soin de faire disparaître le contenant et d'opérer, quand c'est possible, la désirable et parfaite *restitutio ad integrum* des parties adjacentes. On se contentait de laver la cavité, tout au plus de drainer. En opérant, le chirurgien était absolument désarmé quand ce placenta invisible se mettait à saigner. Nul moyen d'agir efficacement sur lui — raison majeure qui restreignait énormément les possibilités d'intervention; de toute nécessité il fallait attendre le ralentissement circulatoire placentaire apparaissant quelques semaines seulement après la mort du fœtus. Et dans cette attente de plusieurs mois, n'avons-nous déjà pas exposé tout au long les risques que couraient la mère.

Cette hémorragie si redoutée et redoutable pouvait se produire de deux façons distinctes :

1° Soit dans le cas où le placenta, étant accolé directement au cul-de-sac par son insertion basse, était fatalement lésé par l'incision dudit cul-de-sac;

2° Soit par une désinsertion intempestive provoquée par un quelconque tiraillement ou brutal frottement.

Comment opérer l'hémostase ainsi à l'aveuglette dans cette obscure cavité, en pleine ignorance de ses rapports, de la source de l'hémorragie, de l'organe intéressé par l'insertion placentaire. Nous avons déjà dit également l'inefficacité fréquente du tamponnement, moyen de fortune, totalement inopérant quand la poche était formée d'anses intestinales agglutinées, sans résistance aucune.

En résumé l'élythrotomie ne répondait pas à l'opinion qu'on avait d'elle.

1° Impossibilité de l'employer tant que le diagnostic n'était pas sûrement posé (et également pour toute grossesse ectopique trop jeune);

2° Obligation d'abandonner le placenta;

3° Danger hémorragique au maximum, par transfixion ou désinsertion involontaire du placenta et impossibilité d'agir efficacement sur lui, le cas échéant;

4° D'où nécessité d'attendre, souvent longtemps, l'arrêt de la circulation placentaire, liée à la mort du fœtus;

3^e Impossibilité par cette méthode, dans les cas où la grossesse évoluant bien, on était en demeure de l'espérer, d'obtenir un enfant vivant.

La laparotomie, malgré ses imperfections du début, était donc un énorme progrès. L'intervention devenait plus simple, plus facile, plus sûre et, dès 1896, le professeur Pinard donnait seize cas de laparotomie avec marsupialisation sans un seul cas de mort.

Mais pourquoi, le principe de la laparotomie accepté, s'arrêtait-on ainsi à mi-chemin et marsupialisait-on? Parce que les premières laparotomies avaient été suivies d'extirpation (c'était logique) et que les résultats en avaient été déplorables. Maygrier, en 1886, donne 82 % de mortalité.

Qu'est-ce en fait que la marsupialisation? C'est une suture des lèvres de l'incision abdominale aux parois du kyste qui se trouve ainsi en rapport avec l'extérieur. Procédé qui permet d'attendre l'élimination spontanée du délivre pathologique selon un mécanisme analogue à celui de la délivrance naturelle.

Nous avons vu les avantages de la laparotomie en général : examinons ceux de la marsupialisation en particulier. Il était logique que les chirurgiens qui redoutaient, avec juste raison, l'hémorragie opératoire dans l'élythrotomie, la redoutassent toujours dans la laparotomie. En effet, la moindre tentative de décollement de ce placenta en pleine action vitale est suivie de l'apparition d'énormes jets de sang inondant en un clin d'œil le champ opératoire et impressionnant le chirurgien le plus résolu. En admettant que l'on ait réussi à pincer les points saignants, la perte sanguine avait pu être telle que la malade succombait à l'anémie aiguë. De plus, le sac, par ses adhérences, intéresse des organes vitaux, dont la déchirure est d'une terrible conséquence, que ce soit le rein, l'uretère, l'intestin, la vessie, les gros vaisseaux, comme cela s'est vu, l'hypogastrique. Dans ces conditions on comprend que les premiers chirurgiens laparotomisant une gestation ectopique avancée aient préféré laisser à la nature le soin d'opérer cette séparation et cette élimination délicate. Ajoutons à cet avantage que l'opération

étant rapide, l'anesthésie dure assez peu, ce qui diminue d'autant les possibilités de mort. Le placenta suturé, maintenu aseptique et largement drainé, s'élimine dans un laps de temps de trois à dix semaines au maximum, par fragments et souvent en bloc.

Pratiquée encore de nos jours, il est des cas où nous allons voir que la marsupialisation s'impose encore seule : c'est assez souvent une bonne opération, mais elle a de gros inconvénients quant aux suites opératoires.

1° Tout d'abord la convalescence est longue de par la durée de l'élimination du placenta. Si à la salle d'opération, par cette méthode, la malade a échappé nécessairement à l'hémorragie primitive, elle demeure, l'opération accomplie même du mieux possible, sous la menace de l'hémorragie secondaire, aussi redoutable que la primitive, par décollement partiel ou total de cette énorme masse placentaire, décollement provoqué ou spontané. Accident fréquent qui peut avoir des conséquences fatales. Pour y remédier il faut souvent une intervention d'urgence.

2° Ensuite autre accident grave : malgré les irrigations antiseptiques, le tannage salicylique de la poche, le placenta souvent énorme, suppure, se putréfie même. La porte est ouverte à tout le cortège des accidents septiques (septicémie, péritonite, toxinhémie, etc.), observés à la suite de la désintégration de l'arrière-faix (Tel le cas d'Hond-Field-Jones, Obs. n° 213).

3° Ajoutons à cela des accidents moins graves, quant au pronostic vital, mais sérieux toutefois. Du point de vue de la reconstitution anatomique, la cicatrisation se fait d'une façon déplorable. Des trajets fistuleux persistent souvent longtemps. L'éventration peut également se produire.

Ces raisons firent dire que c'était là vraiment un procédé peu chirurgical. Mais les partisans de la marsupialisation, se basant sur les piètres résultats que donnait encore l'extirpation, répondaient que le procédé le plus chirurgical est celui qui tue le moins.

Quel est donc le pourcentage de la mortalité pour cette inter-

vention? Nous devons envisager trois statistiques, selon que l'intervention a eu lieu :

a) Sur grossesse ectopique aux cinquième, sixième, septième mois;

b) Sur grossesse ectopique vers le terme, huitième, neuvième mois;

c) Sur grossesse ectopique dont le fœtus est mort, que ce soit au terme après faux travail, ou avant son entier développement.

Nous avons pu grouper, de 1885 à 1924, 84 cas de marsupialisations se répartissant ainsi :

1° 13 marsupialisations sur des grossesses ectopiques de moins de sept mois (ce chiffre faible s'explique par l'expectative, pratiquée dans l'espoir d'avoir un enfant vivant, si on n'intervient qu'au terme), nous donnant 2 cas de morts, soit 14,4 % de mortalité. Et nous ferons remarquer aussi bien pour ce groupe que pour les deux suivants, qu'en parcourant l'article « Remarques » des tableaux d'observations, se rencontrent fréquemment les mots éviscération, fistule, etc., tares de la guérison, complète d'ailleurs.

2° Pour les 46 marsupialisations aux environs du terme, nous avons 27 guérisons, 17 morts : soit 36,9 % de mortalité. A quoi est donc dû ce chiffre élevé? Non pas tant à l'opération qu'aux conditions dans lesquelles elle a été tentée. Dans cette idée obstinée de sauver un ectopin qui ne mérite pas de vivre et meurt de lui-même à peine extrait, on opère souvent d'urgence, la main forcée, en faux travail, occlusion intestinale aiguë ou rupture du kyste. Même en l'absence de ces accidents, on peut être amené à opérer sans tarder, par l'action débilitante de la grossesse qui a amené la femme à l'extrême limite de la déchéance organique et de l'épuisement;

3° Pour les 23 cas opérés après la mort du fœtus, la mortalité baisse de taux et ce pour des raisons que nous connaissons déjà. En effet, ces grossesses ont été bien tolérées et le faux travail n'a été par bonheur suivi d'aucun accident, ce qui fait que la femme se trouve en parfait état général pour supporter

l'intervention. De plus, ce sont ainsi les plus résistantes des malades, et les grossesses les moins graves qui arrivent seules à ce stade. Les autres, hélas! figurent dans les 39 % de mortalité du deuxième stade, aux environs du terme. Sur les 23 cas opérés en rétention nous trouvons 18 guérisons, 5 décès : soit 21,4 % de léthalité.

En résumé ces 3 chiffres :

Cinquième-septième mois, 14,4 %;

Huitième-neuvième mois, 36,9 %;

En rétention, 21,4 %,

parfaitement d'accord avec ceux de Baronnet qui a :

Cinquième-sixième mois, 13 %;

Septième-neuvième mois, 41 %,

viennent à l'appui de ce que nous exposions au début de cet ouvrage — qu'il faut sacrifier sans pitié et de meilleure heure possible l'ectopin, si nous voulons avoir le maximum de chance de sauver la mère. Opérons sitôt le diagnostic posé, d'urgence dirions-nous presque, comme pour une grossesse ectopique de quelques semaines. Nous ne saurions trop insister sur ce point, d'autant plus que la difficulté opératoire est moins grande à ce stade, le placenta étant moins développé, les adhérences moins tenaces, la vascularisation moindre. L'extirpation à son tour, par des chiffres absolument parallèles, confirmera encore cette manière de voir. N'en déplaise à Odon Rhoor qui, à l'en croire, respecte toute grossesse ectopique à partir du quatrième mois : un devenir, fût-il dix fois moins hypothétique que celui sur la valeur duquel Baronnet nous a éclairés, ne mérite par le sacrifice d'un présent. Nous estimons qu'en l'espèce c'est au germe d'être sacrifié et non au soma.

Disons maintenant avant de clore cet aperçu sur la marsupialisation quelques mots sur la technique opératoire, que nous résumons d'après ce que nous avons trouvé de données récentes, dans les ouvrages de Pozzi, J.-L. Faure et O.-A. Boje.

Longue incision du pubis à l'ombilic. Mise à nu de la paroi

kystique (autrefois on tamponnait la plaie et on attendait trois jours la formation d'adhérences). Cette paroi attirée et dégagée, est intimement unie au plan profond de l'incision par une rangée de sutures. Il importe comme pour une suture intestinale de ne pas pénétrer dans l'intérieur de la cavité, mais de faire cheminer aiguille et fil dans l'épaisseur des tissus. Ceci fait, on pratique l'ouverture du sac. On saisit rapidement le fœtus par les pieds en opérant au besoin une véritable version podalique : le cordon est sectionné entre deux ligatures. La cavité, vide du fœtus, est alors soigneusement nettoyée. Pozzi recommande comme préférable au sublimé au 2000^e, la solution faible de formol. En même temps on explore soigneusement le sac. Si ce fond est voisin du cul-de-sac vaginal, il y a intérêt à faire une colpotomie et à placer un drain par cette voie. On saupoudre le placenta avec le mélange tannin, acide salicylique, benzoate de soude. Pour éviter soigneusement toute stagnation liquide, bourrer soigneusement la poche de gaze stérile ou iodoformée; le pansement doit être renouvelé au moins une fois tous les jours. On peut également faire des irrigations au Dakin. Normalement, la guérison a lieu par granulation, le placenta se détachant parfois en un temps fort court.

Cette méthode, si parfaitement qu'elle ait été mise au point à son tour, est maintenant une méthode de nécessité qui doit, chaque fois qu'il est possible, céder le pas à l'extirpation que nous allons à son tour étudier. De nos jours, le chirurgien doit débiter en désirant l'extirpation, et ne marsupialiser que forcé par les circonstances en cours d'intervention

CHAPITRE V

LAPAROTOMIE AVEC EXTIRPATION TOTALE DU PLACENTA ET DES MEMBRANES

Quand les premiers essais d'extirpation totale furent tentés, les résultats furent loin d'être encourageants. Le pourcentage de la mortalité fut effrayant, et cela pour des causes dont nous avons plusieurs fois déjà, parlé.

Maygrier, en 1886, avait sur 17 cas 15 morts! soit 88 % de léthalité. Comme nous le disions plus haut les malades mouraient d'anémie aiguë : le décollement laborieux du placenta s'accompagnait toujours, même dans les quelques cas heureux d'une perte de sang fort importante. Les adhérences rompues déchiraient l'uretère, le rein, la vessie, les intestins, les gros vaisseaux. Malgré tout les chirurgiens sentaient confusément qu'en dépit de ces premiers insuccès, se trouvait là la méthode de choix. Avec obstination le procédé extirpatoire continua à être pratiqué, se perfectionnant rapidement. Dès 1894, Orillard, sur 16 cas d'extirpation n'a plus que 53 % de mortalité; puis les statistiques se sont améliorées de plus en plus, les chirurgiens prenant l'habitude de ce genre de procédé, perfectionnant sans cesse la technique de mille observations fondées sur une meilleure connaissance de l'anatomie pathologique du kyste extra-utérin. L'extirpation, en effet, est le procédé le plus logique; une fois passé le court et maintenant bien réduit danger du décollement, les suites opératoires se déroulent normalement. On a appris que c'était dans un décollement complet et méticu-

leux qu'était le meilleur remède contre l'hémorragie. La convalescence est rapide. La cicatrisation de cet abdomen libéré, solide et fine. Purgée de ce reliquat pathologique la cavité abdominale voit ses organes reprendre leur jeu et leur indépendance naturelle très rapidement. Plus de fragments plus ou moins appelés à saigner secondairement ou prêts à amorcer par leur nécrose la fatale septicémie.

Toutefois il est juste de dire qu'on fait à l'extirpation les reproches suivants :

1° Dans le décollement, il y a toujours perforation possible d'organes creux tels que le rectum ou la vessie.

Soit, mais des observations où ces déchirures se produisent, montrent que ces déchirures en question soigneusement suturées n'apportèrent aucun obstacle à la complète guérison. Si vraiment l'adhérence intéresse un organe impossible à suturer, tel qu'une artère, on peut parfaitement par résection, abandonner un fragment placentaire. Ce dernier, réduit à un insignifiant volume, se résorbe très bien et l'adhérence disparaît, l'organe se libérant de lui-même.

2° Dans l'hémorragie c'est plus souvent une nappe suintante qu'un point défini qui saigne, d'où impossibilité de pincer et de lier.

Soit encore, mais actuellement la chirurgie possède deux énergiques moyens. Le premier est un tamponnement serré méticuleux, ici, toujours praticable, qui arrête fort bien ces hémorragies, bien moins irréductibles qu'on ne l'a dit; si la surface abrasée est bien vide de tout lambeau placentaire, le suintement ne tarde pas à s'arrêter. Le deuxième est le suivant : Connaissant fort bien les insertions placentaires, qu'est-ce qui s'oppose à agir comme Le Bec (obs. n° 11), c'est-à-dire d'aller lier certains pédicules vasculaires soit préventivement, soit en cours d'intervention si cela devient nécessaire, et par là d'étouffer le mal avant qu'il ait même eu la possibilité d'apparaître.

3° La dernière objection aurait plutôt plus de valeur. L'extirpation, procédé laborieux, outre qu'il n'est pas à la portée

de tout praticien s'il n'est pas très entraîné à cette opération, choque de par sa durée et son principe même énormément la malade.

Soit une dernière fois, admettons! mais nous estimons qu'à l'heure actuelle, rares sont les praticiens si éloignés qu'ils soient d'un grand centre, qui se résoudraient à tenter eux-mêmes une marsupialisation, quand il leur est possible, le plus souvent, de recourir à un spécialiste de ce genre d'intervention, capable de mener à bien la plus difficile extirpation.

Enfin si nous tombons d'accord sur cette idée que sacrifiant impitoyablement le fœtus nous devons opérer la grossesse ectopique le plus tôt possible sans plus désormais essayer de gagner vers le terme, c'est sur des femmes encore peu touchées, mises au repos au besoin une huitaine, que nous opérerons. En pareil cas un organisme non délabré et normal est toujours capable de supporter ladite intervention et sa longue anesthésie s'il le faut, le tout pas plus choquant qu'une gastro-entérostomie ou un wertheim laborieux. Sur une grossesse ectopique de cinq à six mois le placenta est encore réduit, pédiculisable, l'extirpation en bloc de l'ensemble est possible. De nos jours, les femmes mieux averties, se présentent rarement pendant ou après le terme; la grossesse ectopique est encore jeune. A nous de profiter des belles conditions d'opérabilité qu'elle offre.

Si au contraire (et les cas deviennent rares de plus en plus) la femme se présente en état de rétention, avec une grossesse ectopique interrompue, voire infectée, là aussi la laparotomie suivie d'extirpation doit s'imposer; seule elle permet de supprimer le plus petit lambeau septique et avec lui toute chance d'infection. Dans les cas de grossesses ectopiques interrompues de bonne heure puis infectées, qui doivent à leur jeune âge d'être pédiculisables, l'extirpation permet d'enlever tout d'une pièce, tel un kyste de l'ovaire ou un fibrome myomectomisé. Enfin, il est des cas où l'extirpation est seule praticable. D'abord quand il s'agit d'une intervention d'urgence,

par exemple pour rupture du kyste ayant amené une forte hémorragie, il est de toute nécessité de procéder à l'ablation de toutes ces adhérences vasculo-placentaires plus ou moins lésées. On ne peut marsupialiser en pareil cas puisque le seul moyen capable mais suffisant de tout arrêter est l'extirpation. L'extirpation est de mise également quand il est impossible de marsupialiser un kyste trop profond ou bien sans parois propres, bien nettes. Les membranes en effet peuvent faire défaut en totalité (grossesse abdominale) ou en partie, (sac formé alors d'anses intestinales). Quelquefois c'est à cause de leur extrême friabilité qu'il serait vain d'espérer tenter la suture du kyste. L'extirpation, procédé de choix, devient elle-même procédé de nécessité.

Certes en pareil cas, procédé d'urgence ou de nécessité, dans les interventions commandées par des accidents graves, rupture, occlusion, faux travail, etc. (évitables nous le répétons une fois de plus si on se décide à opérer tôt dès le cinquième ou sixième mois sans s'obstiner à vouloir un fœtus vivant), l'extirpation n'est en effet qu'un pis aller : mais que faire de mieux. Malgré l'intensité du choc, l'hémorragie abondante, il faut bien se décider à intervenir; on peut avoir des déchirures profondes, inévitables, étant bien forcé que l'on est de passer outre vis-à-vis des adhérences. Le tamponnement peut ne pas arrêter alors cette nappe hémorragique des surfaces rudement décapées. Mais en pareil cas tout est à tenter. On ne gagne rien à ne pas être téméraire. Laisser un résidu membraneux, outre l'hémorragie si la grossesse a été rompue, peut, si l'œuf était en puissance d'infection, ouvrir la porte à la septicémie fatale. Puis comment aussi se résoudre à ne pas opérer une malade en occlusion aiguë, même si l'on prévoit l'issue fatale en pleine intervention ? Dans ces cas de nécessité il est bon de recourir au double drainage abdominal et vaginal prolongé pendant toute la convalescence.

Nous devons dire heureusement que ce noir tableau est l'exception. Il doit même disparaître si les interventions précoces continuent à se multiplier. En effet, ici, comme pour la marsupialisation, les statistiques parlent.

Nous rapportons 180 observations d'extirpations :

1° Sur 41 opérées du cinquième au septième mois, 4 cas mortels seulement — et ces quatre morts sont imputables à des interventions faites dans de mauvaises conditions, comme : nécessité d'interrompre la grossesse pour vomissements incoercibles, toxinhémie, etc., voire rupture. Ces quatre morts ne peuvent être imputables au procédé employé;

37 guérisons pour 4 morts, c'est donc à peine du 9,7 %, chiffre légèrement supérieur à la moyenne habituelle des grandes interventions gynécologiques. *Donc sur 37 opérations tentées sur des femmes en bon état*, parce que la grossesse était jeune encore, et qu'on l'a interrompue sans attendre, en des conditions normales, *nous n'avons pas avec l'extirpation un seul cas de mort*;

2° Mais pour les interventions tentées aux environs du terme, la mortalité se relève toujours pour les mêmes raisons plusieurs fois énoncées qui font de cette période la plus mauvaise de toutes : 90 interventions, 15 morts. Les cas d'urgence, les cas de débilitation intense, due à l'épuisement maternel même en l'absence d'accidents sont responsables de la mortalité élevée, qui, fait pourtant remarquable, *est de 50 % inférieure au chiffre de la mortalité par marsupialisation au même stade* — 15,5 à l'extirpation pour 36,9 % à la marsupialisation. Ce chiffre de 15,5 % est presque le double du chiffre précédent (9,7 %) au premier stade. Ce qui prouve une fois de plus que *opérer aux environs du terme pour obtenir un enfant vivant c'est volontairement doubler le péril couru par la mère pour un résultat final absolument nul*;

3° Pour les cas de rétention nous avons sur 49 extirpations 6 morts, soit une mortalité de 12 %. Au même stade nous avons vu que la marsupialisation donnait 21,4 %, c'est-à-dire comme précédemment de près du double.

Nous n'en ajouterons pas plus. Le tableau qui suit, groupant les chiffres énoncés de-ci de-là, démontre suffisamment, nous semble-t-il, l'éclatante supériorité de l'extirpation totale et sa bénignité relative avant le septième mois; encore

cette mortalité serait plus basse si notre statistique ne comprenait pas de nombreuses interventions antérieures à 1900, époque avant laquelle l'extirpation plus incertaine, n'avait pas pris l'essor et la sûreté remarquables qui la caractérise à notre époque.

Extirpations.

Stade I. — 41 extirpations aux 5^e, 6, 7^e mois; 37 guérisons;
4 morts = 9,7 % de mortalité.

Stade II. — 90 extirpations aux 8^e, 9^e mois; 75 guérisons;
-5 morts = 13,5 % de mortalité.

Stade III. — 49 extirpations en rétention; 43 guérisons; 6
morts = 12,2 % de mortalité.

Marsupialisations.

Stade I. — 15 marsupialisations aux 5^e, 6^e, 7^e mois; 13 guérisons; 2 morts = 14,4 % de mortalité.

Stade II. — 46 marsupialisations aux 8^e, 9^e mois; 29 guérisons; 17 morts = 36,9 % de mortalité.

Stade III. — 23 marsupialisations en rétention : 18 guérisons;
5 morts = 21,4 % de mortalité.

Il en résulte donc un parallèle absolu entre chaque stade, quel que soit le procédé. A noter le bas chiffre dans le stade I d'intervention précoce. Enfin de 50 % environ la supériorité de l'extirpation sur la marsupialisation, et cela aux trois stades est tout à fait concluante.

D'après la discussion que nous avons déjà faite de l'extirpation on a pu se faire déjà une idée nette de la technique employée. Comme pour les procédés précédents nous allons préciser certains points.

L'incision est semblable à celle de la marsupialisation, c'est-à-dire sous-ombilico-sus-pubienne. Le kyste mis à jour est ponctionné au bistouri après isolement, si c'est possible, avec des compresses. Pour cette ouverture choisir un endroit d'où les vaisseaux soient absents. On agrandit ladite incision en

ayant soin toujours d'éviter ces vaisseaux souvent énormes qui serpentent à la surface du kyste, sinon le champ est vite submergé par une aveuglante hémorragie. Le fœtus extrait par les pieds est séparé du placenta par section du cordon entre deux ligatures. Jusqu'ici, à part la suture du kyste à la paroi dès l'incision opérée, la technique ne diffère guère de celle de la marsupialisation. Voyons ce deuxième temps qui caractérise l'opération radicale. Après nettoyage de la cavité, s'efforcer de reconnaître les rapports du sac et les origines vasculaires des adhérences et du placenta. Si on craint vraiment l'hémorragie et qu'on ait réussi à découvrir nettement l'origine de la circulation placentaire, ce qui est surtout facile pour les grossesses tubaires, rien ne s'oppose à la ligature préventive des pédicules artériels le plus souvent les utéro-ovariennes et les utérines, sans oublier leur anastomose. Cette méthode a été surtout préconisée par Potocki. Ensuite décoller méthodiquement, sans brusquerie, le sac, rompre les adhérences sans violence en examinant pour chacune ses connexions. La cavité une fois bien dégagée, tamponner pour assécher le suintement sanguin et reprendre s'il le faut la résection des plus petits lambeaux membraneux. On peut suturer l'abdomen plan par plan, avec un simple drain que l'on retirera au fur et à mesure que se tarira (en général fort vite) le suintement sanguinolent et que le retour des organes en leur place normale se produira par la libération spontanée des quelques adhérences profondes qui auraient pu survivre. Mais la pratique du drainage à la Mikulicz est certainement préférable, — elle est appuyée en France principalement par l'autorité du professeur J.-L. Faure, d'après lequel les bons résultats de cette méthode ne sont pas à démontrer : drainage lent et continu, évitant de par sa nature toute stagnation liquide.

Dans le cas de rétention fœtale le chirurgien doit essayer l'enlèvement en bloc, s'il est possible, surtout dans le cas de kyste infecté — pour éviter l'inoculation par rupture du kyste dans la séreuse péritonéale. A défaut de l'extirpation en bloc, soigneusement isoler le kyste par des champs et

des compresses. Surtout dans cette éventualité, l'extirpation du plus petit lambeau s'impose pour purger la malade de tous les germes septiques qui sont contenus dans ces reliquats kystiques. La marsupialisation est à éviter, car c'est là que, outre la péritonite septique, la suppuration placentaire, la fistulisation et l'éventration sont le plus fréquemment observées. Quand le fœtus est mort depuis longtemps, qu'il ne semble pas y avoir infection malgré la parfaite tolérance, opérer encore par laparotomie avec extirpation totale la femme qui n'est venue pour la première fois consulter qu'à ce stade plus qu'avancé.

Cependant comme le conseilla Baudelocque, selon l'avis actuel de O.-A. Boije, dans les conditions fœtales et kystiques que nous avons spécifiées tout au long dans le troisième chapitre, on peut revenir à l'élythrotomie. Etant donné l'absence de troubles, la femme accepte mieux une opération par voie basse qu'une laparotomie dont elle s'explique mal les raisons. On fait suivre l'intervention d'un drainage sérieux et de lavages abondants de la cavité.

Enfin en présence d'un kyste fœtal suppuré et fistulisé à la peau, chose extrêmement rare aujourd'hui (nous n'en avons pas trouvé un seul cas dans la littérature mondiale de ces trois dernières années), il faut, guidé par le trajet fistuleux, arriver sur le sac, l'ouvrir largement, extraire les débris fœtaux, laver et drainer soigneusement. Opération bâtarde tenant de plusieurs méthodes; mais dans le cas de fistule autre que cutanée (au cas bien improbable où le vrai diagnostic serait posé), c'est alors vraiment par laparotomie suivie d'extirpation en bloc que l'on doit intervenir.

CHAPITRE VI

LAPAROTOMIE AVEC ABANDON DU PLACENTA ET DES MEMBRANES

Ce chapitre sera bref; nous aurions pu traiter la question en ajoutant quelques lignes là-dessus, soit après la marsupialisation, soit après l'extirpation. Mais pour plus de clarté, il nous semble préférable d'énoncer à part le peu que nous avons à dire sur ce quatrième et dernier procédé.

Logiquement, ces mots laparotomie avec abandon doivent signifier : fermeture de l'abdomen en y laissant tel quel tout le délivre, se basant sur l'espoir d'une complète résorption ou atrophie. Or pareille masse ne disparaît pas ainsi et nous avons vu pour la marsupialisation quels accidents secondaires, hémorragie, suppuration, désintégration toxique, assaillaient ce placenta pourtant soigneusement surveillé. *A fortiori* dans cette cavité close qu'est l'abdomen que ne se produira-t-il pas ?

Et en effet dans les deux seuls cas typiques que nous ayons pu trouver (c'est-à-dire que dans le procès-verbal de l'opération nul doute ne pouvait être émis sur la technique suivie) dans, disions-nous, les deux observations n^{os} 284 et 286, où le placenta fut entièrement abandonné, et cela, sans marsupialisation aucune, la mort est survenue dans un cas par septicémie due à la nécrose placentaire, dans l'autre par hémorragie secondaire des membranes brusquement libérées dans un abdomen refermé. Observations concluantes.

Tous les autres cas sont des plus sujets à caution. Nous les rapportons fidèlement dans l'espoir d'intéresser quelqu'un à la

question et en lui souhaitant de pouvoir interpréter sûrement ces quelques cas et les autres qu'il pourrait encore réunir. Car à notre humble avis, abandon est pris dans un sens un peu spécial d'extirpation incomplète. Fort bien! mais alors ce n'est plus du tout la même chose. Tous les cas d'extirpation pourraient presque être rangés sous ce vocable, car est-on sûr de n'avoir pas « abandonné » quelque minuscule reliquat membraneux? Ou bien nous croyons que abandon signifie marsupialisation naturelle, c'est-à-dire qu'on laisse, au lieu de suturer, la paroi adhérer elle-même au kyste en quelques jours avant d'inciser le kyste même.

Sous ce jour la question est loin d'avoir une physionomie particulière et il est impossible de tirer une conclusion. Toutefois nous pouvons affirmer qu'aucun chirurgien pouvant extirper, marsupialiser, voire à la rigueur élythrotomiser n'aurait certainement pas l'idée de refermer par principe l'abdomen sur le gâteau placentaire intact, dans le but de noter ce qui en résulterait ! Les conséquences, nous les devinons sans peine. L'opérée paierait de sa vie, plus que probablement, cette curiosité malsaine.

Nous en avons fini avec ce modeste exposé sur la question de l'intervention dans la grossesse ectopique avancée. Avant de tirer nos conclusions, nous avons dressé le tableau de toutes les observations qui figurent dans nos statistiques, ainsi que nous le disions dans notre introduction. A la suite du dit tableau, on trouvera quelques-unes de ces observations reproduites *in extenso* pour quelque détail jugé typique, particulier, ou utile à connaître, ou simplement curieux.

Analyse de 286 cas d'interventions pour grossesse ectopique avancée.

PREMIER TARLEAU (1). — 41 Observations d'Extirpation du Placenta et des Membranes
— du 5^e mois au 7^e mois — autrement dit d'intervention précoce.

N ^{os} (2) et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la grossesse lors de l'intervention.	REMARQUES	ÉVOLU- TION
1 <i>Martin</i>	Société Obstétricale de Berlin 1887.	5 ^e mois.	—	Guérison.
2 <i>Martin</i>	Berliner Klinische Woche 1881.	7 ^e mois.	Drainage.	Guérison.
3 <i>Martin</i>	Idem.	5 ^e mois.	Drainage.	Guérison.
4 <i>Muratow</i>	Zentralblatt für Gynäkologie, 1886.	7 ^e mois	Extirpation par lambeaux, septicémie.	Guérison.
5 <i>Curner</i>	American J. of Gynecology 1887.	5 ^e mois.	—	Guérison.
6 <i>Picqué</i>	Thèse Regnaud, Paris, 1890.	5 ^e mois.	—	Guérison.
7 <i>Picqué</i>	Idem.	5 ^e mois.	—	Guérison.
8 <i>Werder</i>	American J. of Obstetric., New-York, 1908	7 ^e mois.	Hémorragie fatale.	Mort.
9 <i>Jacomel</i>	Echo Méd. du Nord, 1907...	7 ^e mois.	Faux travail.	Guérison.
10 <i>Planchu</i>	Bull. de la Soc. Obst. Paris, 1913.	5 m. 1/2.	Grosse hémorragie, sac très adhérent.	Guérison.
11 <i>Le Bec</i>	Paris Chirurgical, 1910....	5 ^e mois.	Ligatures préventives, pas la moindre hémorragie.	Guérison.
12 <i>Le Bec</i>	Idem.	5 ^e mois.	—	Guérison.
13 <i>Psaltoff</i>	Revue de Gynécologie, 1903	5 ^e mois.	Hystérectomie par suite d'adhérences.	Guérison.
14 <i>Pryor</i>	Zentralblatt für Gynäkologie, 1904.	5 m. 1/2	—	Guérison.
15 <i>Lowerfel</i>	Idem.	6 ^e mois.	—	Guérison.
16 <i>Alexenko</i>	Idem.	7 m. 1/2.	—	Guérison.
17 <i>Winter</i>	Idem.	6 m. 1/2.	—	Guérison.
18 <i>Sturmer</i>	Obst. Sociét. of London, 1904.	6 m. 1/2.	—	Guérison.
19 <i>Treube</i>	Soc. Obst. de France, 1908.	7 ^e mois.	—	Guérison.
20 <i>Sitteuer</i>	Arch. für Gynäk., 1901....	7 ^e mois.	—	Guérison.

(1) Dans ces tableaux récapitulatifs il n'est point question de ce qu'est devenu le fœtus : nous ne nous sommes préoccupés que de la mère, selon notre pensée développée plus haut.

(2) Les observations marquées d'un * sont reproduites plus loin *in extenso*.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la grossesse lors de l'intervention.	REMARQUES	ÉVOLU- TION
21 <i>Vaccerts</i>	Société Obst. et Gyn. de Lille, 1921.	7 ^e mois.	Suppuration.	Mort.
22 <i>Muratow</i>	Zentralblatt für Gyn., 1903.	7 ^e mois.	Int. d'urgence pour toxhé- mie gravidique.	Mort.
23 <i>Schneider</i>	Deutsche Med. Woche, 1892	5 m. 1 2.	—	Guérison.
24 <i>Mac-Cosh</i>	Med. and Surgery Presb Hospital, 1896.	5 m. 1/2.	—	Guérison.
25 <i>Zuerfel</i>	Zentr. für Gyn., 1898.....	5 m 1 2	—	Guérison.
26 <i>Oliver</i>	British Medical Journal, 1898.	5 ^e mois.	—	Guérison.
27 <i>Picqué</i> ,	Société de Chirurgie, 1896..	6 ^e mois.	—	Guérison.
28 <i>Bazy</i>	Bull. de la Société de Chi- rurgie, 1907.	5 ^e mois.	—	Guérison.
29 <i>Laudon</i>	Arch. für Gynäk., 1901	7 ^e mois.	—	Guérison.
30 <i>Tissot</i>	La Gynécologie, 1908.....	7 ^e mois.	—	Guérison.
31 <i>Peterson</i>	Transactions of the Chicago Gyn. Society, 1909.	7 ^e mois.	—	Guérison.
32 <i>Charring, W. - Barret</i>	Idem.	6 ^e mois.	—	Guérison.
33 <i>Pollosson et Mazet</i> .	Société des Sc. Méd. de Lyon, 1910.	5 m. 1/2.	—	Guérison.
34 <i>Moure</i>	Bulletin de la Soc. Anatom., Paris, 1919.	6 ^e mois	—	Guérison.
35 <i>Keiffer</i>	Bulletin Soc. belge d'Obs- tétr., 1913.	5 ^e mois.	—	Guérison.
36 <i>Bazy</i>	Société de Méd. et de Chi- rurgie de Paris, 1919.	5 m. 1/2	—	Guérison.
37 <i>Rivière et La outure</i>	Thèse Baronnet, Bordeaux, 1922.	5 ^e mois.	—	Guérison.
38 <i>Traverson</i>	Thèse Paris, 1 16.....	7 m. 1/2.	Hystérectomie.	Guérison.
39 <i>Lemercier</i>	Thèse Paris, 1911.	7 ^e mois.	—	Guérison.
40 <i>Le Bec</i>	Bulletin de la Société de Chirurgie, Paris, 1891.	7 ^e mois.	Mort pendant l'opération.	Mort.
41 <i>Leucert et Fruhins- holtz</i>	Bulletin de la Soc. de Gyn., 1914.	6 ^e mois.	—	Guérison.

DEUXIEME TABLEAU. — 90 Observations d'Extirpation du Placenta et des Membranes du 8^e mois au terme — autrement dit — intervention tardive.

Nos et AUTEURS	REFERENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	EVO- LUTION
42 <i>Olshausen</i>	Soc. Obst. de Berlin 1888.	Terme.		Guérison.
43 <i>Brucki</i>	Soc. Médicale de Vienne 1887	8 ^e mois.	—	Guérison.
44 <i>Breisky</i>	Soc. Médicale de Vienne 1885	9 ^e mois.	—	Guérison.
45 <i>Treube</i>	Zeitschrift. für Geburts. und gynäkologie 1888.	Terme.	—	Guérison.
46 <i>Braun-Fernwald</i> ..	Soc. Obst. de Vienne 1889.	Terme.	Hémisection utérine pour cause d'adhérences.	Guérison.
47 <i>Breisky</i>	Wien. Medical Woche 1887.	9 ^e mois.	—	Guérison.
48 <i>Hochstetter</i>	Wien. Klinische Woche 1889.	9 ^e mois.	Déchirure du rectum — Suture — Drainage.	Guérison.
49 <i>Léopold</i>	Congrès de Berlin 1890.	8 ^e mois.	—	Guérison.
50 <i>Léopold</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
51 <i>Léopold</i>	idem.	9 ^e mois	—	Guérison.
52 <i>Léopold</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
53 <i>Léopold</i>	idem.	Terme	—	Guérison.
54 <i>Léopold</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
55 <i>Olshausen</i>	Deutsche Medizin. Woche 1890.	8 ^e mois.	—	Guérison.
56 <i>Sacré</i>	Soc. Obstetric. et gyn. de Bruxelles 1889.	9 ^e mois.	Déchirure du côlon.	Guérison.
57 <i>Eastman</i>	British Med. Journal 1883.	9 ^e mois.	—	Guérison.
58 <i>Elder</i>	The Lancet 1890.	Terme.	—	Guérison.
59 <i>Elisabeth-Riebig</i> ..	British Med Journal 1898.	Terme.	—	Guérison.
60 <i>Sanchez et Bastidos</i>	Quito 1916.	8 ^e mois.	Int. d'urgence après rupture — Drainage.	Mort.
61 <i>Fournié</i>	Bulletin de la Société Obstétric. Paris 1905.	Terme	Interv. pendant le faux-travail.	Guérison.
62 <i>Muratow</i>	Zentr. für gynäk 1903.	8 ^e mois.	Interv. pour obstruct. intest. aigüe.	Mort.
63 <i>Martin</i>	Normandie Médicale 1896.	Terme.	Etat général grave — Vomissements — Albuminurie — Douleurs — Rétinite	Mort.
64 <i>Diehl</i>	Union méd. du Nord-Est 1904.	8 ^e mois.	Int. d'urgence — Albuminurie — Vomissements — Drainage par colpotomie	Mort.
65 <i>Dunning</i>	Am. J. of Obst. and dens. of Women and Children-New York 1899.	Terme.	Marsupialisation causant une septicémie — 2 ^e intervention pour extirper — Hémorragie incoercible.	Mort.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	EVO- LUTION
66 Muller.....	Zent. für Gyn. 1903.	Terme.	Hémorragie incoercible.	Mort.
67 Demelin - Derrai- gues.....	Thèse Delcamp, Paris 1917.	Terme.	—	Guérison.
68 Potocki.....	Arch. de Gyn. et Obstetrique. 1908.	Terme.	Hémorragie — Ligatures des pedicules utero-ova- riens - Tamponnement — Drainage.	Guérison.
69 Bocquet.....	Arch. mensuelles d'Obst. et gyn. d'Angers 1912.	Terme.	—	Guérison.
70 Tissier.....	Bulletin Médical 1908.	Terme.	—	Guérison.
71 Sarnska.....	Zent. für Gyn.	8 m. 1 2.	—	Guérison.
72 Popoff.....	Wratsch. 1905.	8 ^e mois	—	Guérison.
73 Hornemann.....	Hospital Tidende 1908.	Terme.	—	Guérison.
74 Ruppberg.....	Zent. für Gyn. 1913.	9 ^e mois	—	Guérison.
75 W. Perles.....	idem.	Terme.	—	Guérison.
76 Werder.....	Am. J. of. Obst. 1908.	Terme.	—	Guérison.
77 Werder.....	idem.	Terme.	—	Guérison.
78 Sutton.....	Ohio Medic. Journal 1906.	Terme.	Hémorragie abondante — Tamponnement.	Guérison.
79 Harry-Hufkin....	Am. J. of. Obst. 1903.	Terme.	—	Guérison.
80 Bland-Sutton.....	British Med. Journal Lon- dres 1898.	Terme.	—	Guérison.
81 Mac-Nail.....	Journ. of the Am. Med. Assoc. 1894.	Terme.	Interv. pour toxémie gra- vidique.	Mort.
82 Tissier.....	Bullet. de la Soc. Obst. de Paris 1909.	Terme.	Interv. pour rupture en faux-travail.	Mort.
83 Madecai-Price....	American Lancet 1893.	Terme.	—	Guérison.
84 Rein.....	Zent. für Gyn 1892.	Terme.	—	Guérison.
85 Rossier.....	Société allem. de Gyn. 1897	Terme.	—	Guérison.
87 Pan.....	Americ. Journ. of. Obstétric. 1892.	Terme.	—	Guérison.
87 Taotinaun.....	Americ. J. of Obst. 1890.	Terme.	—	Guérison.
88 Schauta.....	In «Trait. de la Grossesse ectopique» 1891.	Terme.	—	Guérison.
89 Ludwig.....	Wiener Klinische Wo- chenschriften 1896.	Terme.	—	Guérison.
90 Frost.....	Obstetrics 1899.	Terme.	Hémorragie incoercible.	Mort.
91 Wilson.....	Am. J. of Obstetric 1896.	Terme.	Hémorragie incoercible.	Mort.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	EVO- LUTION
92 <i>Tauffert</i>	Zent. für Gyn. 1896.	Terme.	—	Guérison.
93 <i>Meuge</i>	Zent. für Gyn. 1890.	Terme	—	Guérison.
94 <i>Snegureff</i>	Zent. für Gyn. 1901.	8 ^e mois.	—	Guérison.
95 <i>Finard</i>	Fonctionnement de la clinique Baudelocque en 1904	Terme.	—	Guérison.
96 <i>Tournay</i>	Société belge de Gyn. 1894.	Terme.	—	Guérison.
97 <i>Tissier</i>	Bulletin Médical 1903.	Terme.	—	Guérison.
98 <i>Potherat</i>	Société de Chirurgie de Paris 1904.	8 ^e mois.	—	Guérison.
99 <i>Ricketts</i>	Congrès d'Indianapolis 1899.	Terme.	—	Guérison.
100 <i>Lapeyre</i>	Société de Chirurgie de Paris 1906.	Terme.	—	Guérison.
101 <i>Miller</i>	Americ. Gyn. Society 1910.	Terme	—	Guérison.
102 <i>Caldérini</i>	Soc Obstetricale de Rome 1904.	Terme	—	Guérison.
103 <i>Forster</i>	Medical Record 1898.	Terme.	Au décollement hémorragie incoercible.	Mort.
104 <i>Kischner</i>	Am. J. of Obstet. 1909.	Terme.	—	Guérison.
105 <i>Boquel</i>	La Gynécologie 1910.	Terme.	—	Guérison.
106 <i>Moore</i>	Surg. Gyn and Obstetric. Chicago 1921.	8 ^e mois.	—	Guérison.
107 <i>Turate</i>	Semana medica de Buenos Ayres 1922.	Terme.	—	Guérison.
108 <i>Hicks</i>	British Medic. Journal 1922.	Terme.	—	Guérison.
109 <i>E.-O. Craft</i>	The Lancet 1922.	Terme.	—	Guérison.
110 <i>Nubiola</i>	Revue espagn d'Obst. de Madrid 1919.	Terme	—	Guérison.
111 <i>Wien</i>	Southern Med. Journal 1920	Terme.	—	Guérison.
112 <i>Smith and Leeds</i> ..	The Lancet 1920.	Terme.	—	Guérison.
113 <i>Newell</i>	Missouri Med. Journal 1920	Terme.	—	Guérison.
114 <i>Newell</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
115 <i>Mauchai e</i>	Société de Chirurgie Paris 1915.	Terme.	—	Guérison.
116 <i>Rouffé de St-Blaise</i>	Société d'Obstetr. 1921.	Terme.	—	Guérison.
117 <i>Speth</i>	Zeitschrifts. und Geburts. für Gyn. 1890.	9 ^e mois.	—	Mort.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	EVO- LUTION
118 <i>Pau</i>	Am Journ. of. Obst. 1893.	9 ^e mois.		Guérison.
119 <i>Rein</i>	In « La Gynécologie » 1892.	9 ^e mois.		Guérison.
120 <i>Taotmann</i>	Am. Journal of Obstetr. 1888.	Terme.	—	Guérison.
121 <i>Franklin-Dorman</i>	Am. Journal of Obst. 1919	Terme.	—	Guérison.
122 <i>Franklin-Dorman</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
* 123 <i>W. Heines</i>	Monats-briff. für Geburs. und Gynak 1905.	9 ^e mois.	—	Guérison.
* 124 <i>Hagü</i>	idem.	9 ^e mois.	Déchirure de l'urètre — Néphrectomie.	Guérison.
125 <i>Dramszin</i>	Soc. de Gyn. de St-Péters- bourg 1906.	9 ^e mois.	Hémorragie.	Guérison.
126 <i>Guérin</i>	Marseille Médical 1924.	8 ^e mois.	Intervention d'urgence en obstruction intestinale.	Mort.
127 <i>Ambrecht</i>	« La Gynécologie » 1923.	8 ^e mois.	Opération d'urgence pour accidents péritonéaux.	Mort.
128 <i>Vignes</i>	La Gynécologie 1921.	9 ^e mois.	—	Guérison.
129 <i>Maggi</i>	Bulletin de la Société de Gyn. et Obst. Paris 1924.	Terme.	—	Guérison.
130 <i>Vautrin</i>	idem.	Terme.	—	Guérison.
131 <i>Sencert et Frhins- holtz</i>	Bulletin de la Société de Gyn et Obstétrique 1914.	9 ^e mois	Opération d'urgence en faux-travail.	Mort.

TROISIÈME TABLEAU. — 49 Observations d'Extirpation du Placenta et des Membranes, mais dans le cas de fœtus morts.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	ÂGE de la grossesse lors de la mort du fœtus.	DURÉE de la RÉTENTION	REMARQUES	EVO- LUTION
132 Richardson.	Boston Méd. J. 1889.	8 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.
133 Zajaitsky	Zentr. für Gyn. 1888.	6 ^e mois.	4 mois.	Kyste purulent. Double drainage ab- dominovaginal.	Guérison.
134 Olshausen.	Deutsche Med. Woche. 1890.	9 ^e mois.	1 mois.	Drainage.	Guérison.
135 Olshausen.	Idem.	9 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.
136* J-M. Bloch.	Zentral. für Gyn. 1903.	12 ^e mois.	—	Le fœtus était vi- vant! pesait 5 k. La mère était dans un état avancé de cachexie.	Mort.
137 Témoin.	Ann. de Gynécologie 1903.	Terme.	9 jours	—	Guérison.
138 Cragin.	Ann. Journal of Obstet. 1898.	Terme.	1 mois	—	Guérison.
139 Cragin.	Idem.	Terme.	3 semaines.	—	Guérison.
140 Mac-Murtry.	20 ^e Congrès d'Indiana- polis 1889.	Terme.	3 mois.	Hémorragie incoer- cible.	Mort.
141 Withney-Hall. ...	Ann. J. of Obst. 1900.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.
142 Bulin.	Société Obstétric. de France 1891	Terme.	3 jours.	—	Mort.
143 Delavray.	Bulletin de la Soc. Obst. de Paris 1901.	6 ^e mois.	2 mois.	Hémorragie.	Mort.
144 Routier.	Bulletin de l'Académie de Médecine 1897.	Terme.	6 mois.	—	Guérison.
145 Croizier.	Société Obst. 1907	8 ^e mois.	1 mois.	—	Guérison.
146 Cushing.	Boston Medic. Journ. 1910.	Terme.	20 jours.	—	Guérison.
147 Dudley.	Ann. Gyn. Society 1910.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
148 Lejars et Boissard.	Soc. de Chirurgie 1904	Terme.	15 jours.	Intervention d'ur- gence.	Guérison.
149 Reynolds.	Boston Medic. Journal 1911.	Terme.	20 jours.	—	Guérison.
150 Reynolds.	Idem.	Terme.	6 semaines.	—	Guérison.
151 Scipiales.	Zentr. für Gyn. 1911.	Terme.	3 semaines.	—	Guérison.
152 Hauley.	New-York Med. Journ. 1907.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.
153 Gourde.	16 ^e Congrès de l'Ass. française de Chirurgie.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.
154 Demelin et Vignes.	Soc. Obst. de Paris 1915.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.
155 Walther Heines. ...	Monatschr. für Gyn. 1905.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.

Nos et AUTEURS	RÉF. RENCES	AGE de la grossesse dur. de la mort du fœtus.	DURÉE de la RÉTENTION	REMARQUES	EVO- LUTION
156 J.-L. Faure.....	Soc. de Chirurgie 1906.	6 ^e mois.	1 mois.	—	Guérison.
157 J.-L. Faure.....	Idem.	5 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.
158 Tale.....	Journ. of. Obst. of the Brit. Emp. 1905.	Terme.	1 mois 1/2	Rétention après faux travail. Hémorragie. Transfusion.	Guérison.
159 Martin.....	Normandie médicale 1910.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
160 Platononoff.....	Journ. Russe d'Obsté- trique 1907.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
161 Jonhson.....	Ann. Gyn. Society 1910.	Terme.	3 mois.	—	Guérison.
162 Ferrar.....	Ann. J. of. Obst. 1911.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
163 Rawls.....	Ann. J. of. Obst. 1919.	Terme.	15 jours.	—	Guérison.
164 Nash.....	The Lancet 1922.	Terme.	15 jours	—	Guérison.
165 Fairbairn.....	Soc. Obst. of the Brit. Empire 1906.	Terme	6 semaines.	Hémorragie incoer- cible.	Mort.
166 Lacouture.....	Thèse Baronne 1921.	Terme.	6 jours.	—	Guérison.
167 Lacouture.....	Idem.	8 ^e mois.	9 jours.	—	Guérison.
168 Lecr.....	Bourgogne Médicale 1911	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
169 Lacouture et Char- bonnel.....	J. de Médecine de Bordeaux 1912.	Terme.	Quelques jours.	—	Guérison.
170 De crning.....	Ann. J. of Obst. 1899.	Terme.	6 semaines.	—	Guérison.
171 Perdner.....	Bull. de la Soc. de Chi- rurgie de Paris 1919.	Terme.	13 mois.	Extirpation en un seul bloc.	Guérison.
172 Richmond.....	Z für Gyn. 1907.	6 ^e mois.	4 mois.	Drainage.	Guérison.
173 Gauthier.....	La Gynécologie 1924.	9 ^e mois.	5 mois.	Grandes adhérences sigmoïdes néces- sitant l'anus arti- ficiel.	Guérison.
174 Gauthier.....	La Gynécologie 1924.	9 ^e mois.	8 mois.	—	Guérison.
175 Rosenblatt.....	Zentr. für Gyn. 1923.	9 ^e mois.	2 mois.	Extirpation en bloc possible en rése- quant une anse in- testinale.	Guérison.
176 Vautrin.....	Bulletin de la Soc. de Gynéc. et Obst. 1924.	8 ^e mois.	4 mois.	—	Guérison.
177 Vautrin.....	Idem.	Terme.	1 mois.	—	Guérison.
178 Wasseige.....	Académie royale belge 1885.	Terme.	3 mois.	Extirpation incom- plète, septicémie.	Mort.
179 Nyder.....	Zurich 1889.	Terme.	1 mois.	—	Guérison.
180 Zajaïstsky.....	Zentral. für Gyn. 1891.	5 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.

QUATRIÈME TABLEAU. — 15 Observations de Marsupialisation du Placenta et des membranes, faites sur une grossesse jeune du 5^e au 7^e mois.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	ÉVOLU- TION
181 <i>Morison</i>	Edimburg Medical Journal 1888.	5 ^e mois.	Enorme hémorragie secon- daire.	Guérison.
182 <i>Éröse</i>	Zentrablatt für Gyn. 1888.	6 ^e mois.	—	Guérison.
183 <i>Brühl</i>	Archives de Gyn. 1887	5 ^e mois.	—	Guérison.
184 <i>Champneys</i>	British Med. Journal 1887.	7 ^e mois.	Septicémie.	Mort.
185 <i>John Williams</i> ...	British Med. Journal 1887.	7 ^e mois.	Convalescence longue.	Guérison.
186 <i>Rufeld</i>	Gyn. and Obstétr Med. Journ. 1887.	6 ^e mois.	—	Guérison.
187 <i>Sportlin</i>	Zentr. für Gyn 1897.	7 mois 1/2.	Hémorragie. — Tamponne- ment.	Guérison.
188 <i>Heller</i>	Austral. Med. Gazette, Sydney 1890.	7 mois 1/2.	Intervention en faux travail.	Guérison.
189 <i>Pinard</i>	Annales de Gynéc. 1902	7 ^e mois.	Intervent po r rupture	Guérison.
196 <i>Montgomery</i>	Americ. Gyn. Soc. 1910.	5 ^e mois.	—	Guérison.
191 <i>Heusy</i>	Bullet. de la clinique centr. de Liège 1914.	6 mois 1/2.	—	Guérison.
192 <i>Charbonnel et Ba- bard</i>	Bullet. de la Soc. Obst. 1920.	7 ^e mois.	—	Guérison.
193 <i>Boissard</i>	Soc. Obst. de Paris 1899.	6 mois 1/2.	—	Guérison.
194 <i>Le Bec</i>	Bullet. de la Société de Chir. de Paris 1834.	6 ^e mois	—	Mort.
195 <i>Trucci</i>	Gazetta medica de Torino 1889.	6 ^e mois.	Suppuration, guérison lente	Guérison.

CINQUIÈME TABLEAU. — 46 Observations de Marsupialisation du Placenta et des Membranes sur grossesse avancée, aux environs du terme, aux 8^e et 9^e mois.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	ÉVOLU- TION
196 <i>Obshausen</i>	Deutsche Mediz. Woche 1890.	8 m. 1/2.	—	Guérison.
197 <i>Obshausen</i>	Idem.	Terme.	—	Guérison.
198 <i>Cullingworth</i>	Am. Journal of Gyn. 1889.	8 ^e mois.	Extirpation partielle. Marsupialisation du restant. Drainage.	Guérison.
199 <i>Littlewood</i>	The Lancet 1886.	9 ^e mois.	Fistule.	Guérison.
200 <i>Rulledge</i>	Zentr. für Gyn. 1904.	8 ^e mois.	—	Guérison.
201 <i>Bouilly</i>	Société de Chirurgie 1887.	Terme.	Guérison très lente.	Guérison.
202 <i>Audry</i>	Arch. de Chirurgie 1890.	Terme.	Lavages. Suppuration. Fistules.	Guérison.
203 <i>Traverson</i>	Thèse Paris 1917.	8 ^e mois.	Intervention pour rupture. Drainage.	Guérison.
204 <i>Fournié</i>	Bulletin de la Soc. obst. Paris 1900.	Terme.	Intervention pour infection de l'œuf et faux travail.	Mort.
205 <i>Jeannin</i>	Bulletin de la Soc. obst. Paris 1907.	9 ^e mois.	Faux travail. Occlusion intestinale.	Mort.
206 <i>Rafferty</i>	Med. Record 1903.	Terme.	—	Mort.
207 <i>Lapeyre</i>	Soc. de Chirurgie 1907.	Terme.	Intervention pour vomissements incoercibles.	Guérison.
208 <i>Crouzet et Jeannel</i>	Bulletin de la Soc. obst. de France 1907.	Terme.	—	Guérison.
209 <i>Tuholse</i>	Zentr. für Gyn. 1903.	Terme.	—	Mort.
210 <i>Weymersch</i>	Journ. d'accouch. de Liège 1908.	Terme.	Intervention en faux travail.	Mort.
211 <i>Brown</i>	Zentr. für Gyn. 1903.	9 ^e mois.	Hémorragie secondaire.	Mort.
212 <i>Mate</i>	British Med. Journal 1918.	9 ^e mois.	Hémorragie secondaire.	Mort.
213 <i>Handfield Jones</i> ..	The Lancet 1895.	9 ^e mois.	Drainage. Toxinémie.	Mort.
214 <i>Pinard</i>	Ann. de Gyn. et Obst. 1895.	Terme.	—	Guérison.
215 <i>Pinard</i>	Idem 1899.	Terme.	—	Guérison.
216 <i>Hood Well</i>	The Lancet 1913.	Terme.	L'enfant s'est exceptionnellement montré normal et s'est développé très bien	Guérison.
217 <i>Calderini</i>	Soc. obst. italiana Rome 1904.	Terme.	—	Guérison.
218 <i>Coppeland Savage</i>	Proc. of. royal Soc. of med. obst. and gyn., Auckland 1911.	Terme.	Hémorragie énorme.	Guérison.
219 <i>Charles</i>	Journal d'accouch. Liège 1897.	Terme.	Tannage salicylique du placenta.	Guérison.
220 <i>Sankiewicz</i>	Zentr. für Gyn. 1908.	8 ^e mois.	—	Guérison.
221 <i>Pinard</i>	Ann. de Gynécologie 1895.	8 ^e mois.	—	Guérison.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	REMARQUES	ÉVOLU- TION
222 <i>Pinard</i>	Ann. de Gynécologie 1892.	9 ^e mois.	—	Guérison.
223 <i>Violet</i>	Thèse Toulouse 1918.	9 ^e mois.	Abcès du Douglas. Colpo- tomie.	Guérison.
224 <i>Bonnaire</i>	Soc. obst. de Paris 1911.	9 ^e mois	Rupture au terme.	Mort.
225 <i>Pinard</i>	Documents pour l'histoire de la grossesse ectopique.	8 ^e mois	Rupture au terme.	Mort.
226 <i>Paquy</i>	Thèse Paris 1897.	Terme.	Infection.	Mort.
227 <i>Charles</i>	Journal d'acc. de Liège 1886.	Terme.	Infection.	Mort.
228 <i>Violet</i>	Thèse Toulouse 1918.	9 ^e mois	—	Guérison.
229 <i>Rochet</i>	Soc. belge de gyn. 892.	8 ^e mois.	—	Guérison.
230 <i>Marsch</i>	Thèse Orillard, Paris 1894.	8 ^e mois.	Hémorragie secondaire mortelle.	Mort.
231 <i>Gal'ez</i>	Arch. de Médec. belge 1894.	Terme.	—	Guérison.
232 <i>Bush et Reed</i>	J of Am. Med. Ass 1908.	Terme	—	Guérison.
233 <i>Cragin</i>	Am J. of Obstetr. 1900	Terme.	—	Guérison.
234 <i>Lapthorn-Smith</i> ..	Am. Gyn. Soc. 1910.	Terme.	Hémorragie secondaire.	Mort.
235 <i>Hornemann</i>	Zentr für Gyn 1908.	Terme.	—	Guérison.
236 <i>Dumming</i>	Am. Journ. of Obst. 1899.	Terme.	Hémorragie secon- taire.	Mort.
237 <i>Bar</i>	Thèse Traverson, Paris 1916	8 ^e mois.	—	Guérison.
238 <i>Lawson-Tait</i>	Obst. Journ. of British Emp 1880.	Terme.	—	Mort.
239 <i>Vautrin</i>	Bull. de la Société de Gyn. et Obstétr., Paris 1914.	Terme.	Faux travail. Opération d'urgence.	Mort.
240 <i>Vautrin</i>	Idem	Terme.	Faux travail. Opération d'urgence. Occlusion in- testinale. Suppuration.	Guérison.
241 <i>Matlakowski</i>	British Med Journ. 1890.	Terme.	Drainage.	Guérison.

**SIXIÈME TABLEAU. — 23 Observations de Marsupialisation du Placenta et des Membranes
le terme passé, après quelques jours à plusieurs mois de rétention.**

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la grossesse à la mort du fœtus.	DURÉE de la RÉTENTION	REMARQUES	ÉVOLU- TION
242 <i>Birmisson</i>	La Gynécologie 1888.	Terme.	Quelques jours.	Fistule.	Guérison
243 <i>Bruch</i>	Société de chirurgie 1886.	Terme.	8 mois.	Fistule définitive.	Guérison.
244 <i>Taft</i>	New-York Médical Record 1888.	9 ^e mois.	1 mois.	Suppuration intense.	Guérison.
245 <i>Marschner</i>	Société Gynéc. de Dresde 1886.	Terme.	1 mois.	Septicémie.	Mort.
246 <i>Obsshausen</i>	Deuts. Med. Woche 1890.	Terme.	1 mois.	—	Guérison.
247 <i>Schustler</i>	Wreun. Med. Woche 1887.	Terme	2 mois.	Eventration.	Guérison.
248 <i>Pinard</i>	Ann. de Gynéc. 1895.	8 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.
249 <i>Pinard</i>	idem.	Terme	3 mois.	—	Guérison.
250 <i>Fairbairn</i>	J. o ^t obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1906.	9 ^e mois.	6 mois.	Hémorragie incoercible.	Mort.
251 <i>Lindsay</i>	Glasgow Med. Journal 1922.	Terme.	1 mois.	Septicémie.	Mort.
252 <i>Paquy</i>	Thèse Paris 1897.	Terme.	1 mois.	—	Guérison.
253 <i>Carlier</i>	Echo Méd. du Nord 1902	Terme.	Quelques jours.	—	Guérison.
254 <i>Barnsby</i>	Société de Chirurgie 1905.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
255 <i>Grinsdale</i>	La Gynécologie 1911.	Terme.	5 mois.	—	Guérison.
256 <i>Ferré</i>	Annales de Gynéc. 1903.	Terme.	Quelques jours.	—	Guérison.
257 <i>Villar</i>	Arch. provinciales de Chirurgie 1894.	9 ^e mois.	5 mois.	—	Guérison
258 <i>Bar</i>	Thèse Traverson 1916.	7 ^e mois.	1 mois.	Enfant putréfié. Résection épiploïque.	Mort.
259 <i>Lemercier</i> ...	Thèse de Paris 1911.	9 ^e mois.	6 mois.	—	Guérison.
260 <i>Schwartz</i>	Société de Chirurgie 1901.	8 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.
261 <i>Vignard</i>	Arch. prov. de Chirurgie 1892.	9 ^e mois.	5 mois.	—	Guérison.
262* <i>Pierro-Pierrozi</i>	Clinica Obst. 1924.	6 ^e mois.	3 mois.	Septicémie. A noter qu'une 1 ^{re} intervention avait été pratiquée pour un soi-disant sarcome de l'ovaire.	Mort.
263 <i>Vauverts</i>	Bulletin de la Société de Gyn et Obst. 1924.	Terme.	Quelques jours.	—	Guérison.
264 <i>Vauverts</i>	idem 1921.	Terme.	Quelques jours.	—	Guérison.

SEPTIÈME TABLEAU. — 9 Observations d'élythrotomie ou extraction du fœtus mort par voie vaginale (1).

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE	DURÉE de la RÉTENTION	REMARQUES	ÉVO- LUTION
265 <i>Heunon</i>	Obst. Soc. of London 1887	9 ^e mois.	Extraction immédiate.	—	Guérison.
266 <i>Baud</i>	Dents. Klinis. Woche 1886.	9 ^e mois.	Extraction immédiate.	Incision sur le placenta. — Hémorragie puis septicémie.	Mort.
267 <i>Barsony</i>	Zent. für gyn. 1889.	9 ^e mois.	Extraction immédiate.	Déchirure du placenta. — Hémorragie puis septicémie.	Mort.
268 <i>Pinard</i>	Ann. de gyn. 1896.	Terme.	2 mois.	—	Guérison.
269 <i>Pinard</i>	Idem.	6 ^e mois.	Extraction immédiate.	—	Guérison.
270 <i>Paquy</i>	Thèse Paris 1897.	Terme.	1 mois.	—	Mort.
271 <i>Jatrebsky</i>	Przegląd Clinicgiczny i ginekologiczny 1912.	Terme.	6 mois.	Extirpation du fœtus. — — Abandon des mem- branes	Mort.
272* <i>Vaudescal</i>	Bulletin de la Soc. de gyn. et obst. 1924.	Terme.	—	Accouchement spontané d'un fœtus vivant par incision du Douglas. — Hémorragie incoer- cible. — Laparotomie.	Mort.
273 <i>Vautrin</i>	Bulletin de la Soc. de gyn. et obst. 1889.	6 ^e mois.	2 mois.	—	Guérison.

(1) Dans le cas très spécial de l'observation n° 272, il n'y eut pas à proprement parler élythrotomie. Mais en fait l'enfant sortit vivant par les voies naturelles, le Douglas une fois incisé.

HUITIÈME TABLEAU. — 13 Observations de Laparotomie suivie de l'abandon pur et simple des placenta et des membranes, dans l'abdomen.

Nos et AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE de la GROSSESSE.	REMARQUES	EVO- LUTION
274* <i>Hagn</i>	Monatschrift für. Gyn 1905.	5* mois.	Rétention de 2 mois.	Mort.
275 <i>Hayd et Potter</i>	Am. J. of. Obst. 1923.	8* mois.	Intervention le fœtus étant vivant.	Guérison.
276 <i>Parenago</i>	Soc. obst de Moscou 1914.	Terme	idem	Guérison.
277 <i>Jacobs</i>	Semaine gynécol 1901.	Terme.	idem.	Guérison.
278 <i>Dalton</i>	Am. J. of. obst. 1920.	Terme.	idem.	Guérison.
279 <i>Taylor</i>	Obst. Soc. of London 1891.	Terme	idem.	Guérison.
280 <i>We'ke</i>	Zent. für Gyn. 1898.	7* mois.	idem.	Guérison.
281 <i>Bianchi</i>	Arch Ital. di Ginec. N. poli 1900.	8* mois.	idem.	Guérison.
282 <i>Stadfeld</i>	Hospital Tidenda 1887.	Terme.	idem.	Mort.
283 <i>Gotsch</i>	Zent. für gyn. 1880.	Terme.	R. tention de 22 mois — Placenta réduit à un amas vasculaire douteux.	Guérison.
284 <i>Berry-Hort</i>	Edimburg Medic. Journ 1887.	5* mois.	Tentatives de décollement — Adhérences — Abandon — hémorragie secondaire.	Mort.
285 <i>Barsony</i>	Zent. für Gyn. 1889.	Terme.	Extirpation de quelques lambeaux — Abandon du restant — Septicémie.	Mort.
286 <i>Champneys</i>	Obst. Soc. of. London 1887.	7* mois.	Abandon mais avec drain Mais la plaie se referme au 51* jour — Décollement par nécrose placentaire et septicémie foudroyante.	Mort.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (n° 262).

Pierro PIERROZI, *Clinica obstetricia*, 1924.

Difficulté du diagnostic dans la gestation ectopique. Kyste suppuré méconnu. Marsupialisation. Mort.

Femme de 42 ans dont les dernières règles datent de dix mois. Gros ventre douloureux, coliques. Fièvre. Diagnostic : sarcome inopérable de l'ovaire (!). Néanmoins on se décide à faire une laparotomie exploratrice. Une hémorragie se déclare, on referme sans examiner attentivement une masse adhérente entr'aperçue. Rayons X pendant vingt jours. Au bout de vingt-cinq jours, à travers la plaie, la tumeur perce à la peau avec issue de liquide fétide. Une seconde intervention est pratiquée, qui permet d'extraire un fœtus putréfié. On marsupialise. Mort en infection septicémique rapide.

Remarques. — L'auteur conclut à l'utilité systématique de radioscopier tout abdomen suspect.

OBSERVATION II (n° 136).

BLOCH, *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1903.

Gestation ectopique de douze mois avec enfant vivant. Cachexie maternelle. Mort postopératoire.

Femme de 37 ans, multipare. Les douleurs ont paru au cours du premier mois de la gestation et n'ont point cessé malgré des intervalles d'accalmie. La grossesse continue *douze mois*. Au moment où

elle est enfin reconnue, la mère est dans un état d'amaigrissement extrême. Laparotomie et extirpation d'un fœtus vivant, pesant 5 kilos, qui meurt deux heures après son extraction. Les membranes avaient été marsupialisées. Mort de la mère dans la même journée.

Remarques. — Nous reproduisons cette observation pour le cas curieux d'absence de faux travail et la durée du développement intramaternel du fœtus. C'est bien étrange que rien n'ait interrompu sa vie, surtout aux environs du terme normal.

OBSERVATION III (n° 272).

VAUDESCAL, Société de gynécologie, 1924.

Évolution invraisemblable d'une grossesse ectopique. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Hémorragie profuse amenant la mort de la mère.

Le 12 septembre 1924, M^{me} P..., primipare, se présente à la clinique Tarnier pour y accoucher. Ses dernières règles remontent au 8 décembre 1923. A l'examen par le palper, rien de particulier. Le volume de l'abdomen est celui d'une grossesse près du terme. La tête fœtale est profondément engagée, le dos est à droite. On entend très nettement les bruits du cœur fœtal de ce côté. Cet examen confirme un examen antérieur fait à la consultation quinze jours auparavant.

Cependant, la femme accuse des douleurs assez vives ; on pratique un toucher afin de se rendre compte de l'importance de la dilatation. Ce toucher montre qu'il n'existe au fond du vagin rien qui ressemble à un col dilaté ou non. Dans ces conditions, je vois la femme à 22 heures ; les douleurs sont très vives avec caractère nettement expulsif. Deux valves mises en place dans le vagin montrent la convexité de la tête fœtale qui bombe en arrière du périnée à chaque contraction abdominale. Elle est recouverte d'une membrane violacée, épaisse, ne donnant ni à la vue ni au toucher l'impression du tissu cervical, mais présentant à son centre une petite élevation blanche qui peut, à la rigueur, représenter l'orifice externe du col. Les contractions devenant de plus en plus violentes, à l'aide d'une

pince de Kocher, on cherche à dilater cette cicatrice; très facilement, on ouvre une brèche rapidement agrandie; tant par un mouvement de circumduction des doigts que par sa dilatation spontanée. Une mince paroi membraneuse recouvre encore la tête fœtale; on pense que c'est la poche des eaux qui, rompue immédiatement, laisse s'écouler une très légère quantité de liquide sérosanguinolent. Immédiatement la tête se dégage en O. P., spontanément, à la faveur des efforts expulsifs de la femme et d'une très légère expression abdominale. On termine rapidement l'extraction de l'enfant, une fille, qui crie aussitôt; normalement constituée, sans la moindre malformation, elle pèse 2 kil. 800.

Jusqu'à ce moment, on a l'impression d'un cas d'atrésie du col d'un aspect particulier qu'on se réserve d'examiner, la délivrance effectuée.

Mais cette dernière tardant, et comme la femme saigne un peu, on tente une délivrance artificielle par injection funiculaire, manœuvre qui échoue et provoque une hémorragie formidable telle que l'on décide d'en venir à la délivrance manuelle. En suivant le cordon, la main pénètre dans ce qu'on croit être l'utérus. Mais la main ne rencontre pas de masse placentaire, une simple surface tomenteuse, sans limites précises, dont on extrait difficilement quelques lambeaux. La femme saigne de plus en plus.

En cherchant à pratiquer cette délivrance artificielle, on perçoit soudain, du côté gauche de l'abdomen, un corps utérin à peine du volume du poing. Ce n'est qu'à ce moment qu'on s'aperçoit qu'on est en présence d'une grossesse ectopique au terme.

On décide une laparotomie immédiate qui confirme le diagnostic. Utérus et annexes gauches d'aspect normal, bien que l'utérus soit un peu augmenté de volume. A droite, il n'existe qu'une amorce de trompe; le reste des annexes, infundibulum et pavillon tubaire, ainsi que l'ovaire, est remplacé par une vaste poche membraneuse adhérente aux anses intestinales au fond de laquelle se vient étaler le cordon et s'insérer. Les parois de ce sac membraneux sont le siège d'une hémorragie profuse telle que pour essayer de l'arrêter, on pratique rapidement la ligature des pédicules utéro-ovariens et l'hystérectomie. Cela fait, l'ablation du sac fœtal étant impossible

en raison des adhérences qui l'unissent aux intestins, on termine par la marsupialisation et le tamponnement serré du sac.

L'intervention est terminée rapidement par suture de la paroi. Mais la femme, depuis l'essai de délivrance manuelle, a perdu une énorme quantité de sang. Elle est extrêmement shockée lorsqu'on la remet dans son lit. Malgré toute la thérapeutique mise en œuvre, adrénaline, transfusion sanguine arrêtée à 80 grammes parce qu'elle semble aggraver les phénomènes de shock, sérum, huile camphrée, la femme succombe deux heures après l'intervention.

Remarques. — L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais nous avons appris, en interrogeant la famille de notre malade que dans le mois de janvier 1924, elle s'était plainte de douleurs abdominales; qu'en février, elle avait eu des pertes de sang qui avaient fait songer à un avortement et qu'elle était entrée à l'Hôpital Saint-Joseph pour y être curettée, mais là on avait cru à des accidents de péritonite; elle avait été traitée par des applications de glace sur le ventre et on lui avait parlé d'une intervention possible. Prise de peur, elle avait quitté l'hôpital et la grossesse avait continué péniblement sauf les derniers mois où elle se sentait mieux.

Ces renseignements confirmaient donc en tout point ce que nous avons pu constater au cours de l'intervention; il s'agissait d'une grossesse atypique probablement ovarienne. L'évolution de cette grossesse ectopique aboutissant à l'accouchement spontané d'un enfant vivant normalement conformé est absolument sans précédent. On a dans la littérature des cas d'expulsions par le vagin de fœtus de quelques semaines provenant d'aborts tubaires. C'est tout. Ici la nature a reproduit le processus d'intervention et d'extraction des fœtus ectopins, sorte d'élythrotomie naturelle.

L'abondance de l'hémorragie montre la gravité des grossesses ectopiques au terme avec enfant vivant. Le placenta étalé vit aux dépens d'une néoformation de vaisseaux extrêmement friables et abondants dont le contrôle échappe pendant la délivrance. C'est une preuve de plus à l'appui de ce fait, qu'il est aléatoire au possible d'intervenir d'urgence, forcé par les événements. Enfin, faits remarquables, voici la preuve que dans l'accouchement normal les contractions abdominales et diaphragmatiques jouent un rôle égal à celui des contractions utérines.

OBSERVATION IV (n° 123).

Walther HEINES, *Bräslau Monats. für Geburt. u. d. Gynäk.*, 1905.

**Grossesse ectopique ayant évolué à terme sans accidents. Extirpation.
Guérison.**

Femme de 25 ans ayant eu une première grossesse normale en mai 1902. En juillet 1903, elle s'aperçoit qu'elle était de nouveau enceinte. Pendant les trois premiers mois, rien de particulier à signaler. Au quatrième mois, à l'occasion de quelques efforts, cette femme ressent dans l'abdomen une douleur subite, intense, à laquelle succède un endolorissement général du ventre qui dure trois jours. Depuis, jusqu'au huitième mois, la malade éprouvait de temps en temps des malaises avec tiraillements dans le ventre et irradiations lombaires. Parvenue à la fin du huitième mois, cette femme constate avec surprise que son abdomen a plutôt diminué de volume, et qu'elle ne sent plus remuer. Le médecin qui la soignait à cette époque note quelques rares poussées fébriles.

On examine la malade à son entrée à la clinique gynécologique de Bréslau et on trouve une tumeur abdominale dépassant de quatre doigts l'ombilic. La palpation révèle très nettement des parties fœtales et par le toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac antérieur une masse de consistance spongieuse qu'on suppose être le placenta, l'utérus étant en rétroversion et nettement distinct. Le diagnostic de gestation ectopique s'imposait. L'intervention, décidée, est tentée le 8 septembre 1904.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale. On tombe immédiatement sur le fœtus sans rencontrer de poche vraiment différenciée. Après extraction de l'enfant et section du cordon, on arrive en suivant le cordon sur le placenta qui siège entre la vessie et l'utérus tel que le toucher l'avait fait supposer. Au placenta adhère un grand nombre de lambeaux membraneux déchirés. Avec prudence on procède au décollement du gâteau placentaire, lequel s'opère sans difficulté et sans occasionner d'hémorragie importante. Ligatures de quelques vaisseaux et extirpation de tous les lambeaux d'ailleurs facilement extirpables.

Le fœtus, mort, de 2.760 grammes, était en parfait état de conservation, sa mort était donc récente.

Toilette péritonéale et fermeture sans drainage de la plaie pariétale. Suites simples; exeat, le 8 octobre 1904.

Remarques. — Le gros intérêt de cette observation est la bénignité d'évolution de cette grossesse ectopique et la mort sans accidents du fœtus. L'absence d'hémorragie rendit l'extirpation d'une facilité remarquable. Cas exceptionnel en tous points, non par son heureuse issue, mais pour sa physionomie toute spéciale.

OBSERVATION V (n° 274).

HAGU, Salzbourg, *Monats. für Geburt und Gynäk.*, 1906.

Abandon du placenta. Mort.

Femme de 37 ans, admise d'urgence à l'hôpital le 8 avril 1905 pour une violente crise de douleurs hypogastriques ayant éclaté sans motifs appréciables. Cette femme déclare qu'elle s'est toujours bien portée. Il y a seize ans, premier accouchement normal sans suites pathologiques. Il y a six ans, avortement au troisième mois. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre. Une sensation de pesanteur à l'hypogastre demeure continue, aggravée de coliques utérines avec nausées et vomissements.

Examinée à son entrée, la femme est de bonne apparence, pas de météorisme abdominal. Dans le pelvis, à gauche, tumeur arrondie, mollassée, immobile, sensible à la pression, grosse comme un utérus enceint de quatre mois. Pour l'utérus lui-même, impossible de déterminer sa situation par rapport à la tumeur. Le repos cause une notable amélioration. Exeat, puis revient le 2 juin. Abdomen ballonné, tumeur arrondie dépassant l'ombilic de deux travers de doigt; ladite tumeur est immobile et douloureuse. Bruits du cœur perceptibles; toujours par intervalles se maintiennent les douleurs et les vomissements; l'intervention est décidée, donc au sixième mois de la grossesse, le 8 juillet 1905. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur un énorme kyste fœtal dont on extrait un fœtus vivant. On essaie le décollement; résultat : une

hémorragie formidable. On tamponne la cavité, on abandonne le sac et on referme. Malgré les soins énergiques, sérum, huile camphrée, l'opérée meurt après cinq heures de collapsus, l'enfant mourut au bout de deux jours.

OBSERVATION VI (n° 124).

HAGU, Salzbourg, *Monats. für Geburt und Gynäk.*, 1906.

Extirpation, déchirures nombreuses. Guérison.

Femme de 29 ans, bien constituée, enceinte depuis septembre 1904. En octobre, des douleurs abdominales accompagnées de vomissements font faire le diagnostic de péritonite aiguë. Tout rentre dans l'ordre et jusqu'en mai, soit après huit mois de grossesse, la femme se porte bien. Mais survient une nouvelle atteinte de douleurs avec vomissements et constipation opiniâtre. A l'admission, le vrai diagnostic est porté. Le météorisme est énorme avec forte tension. L'on intervient le 21 juillet 1905, soit aux environs du terme. Le péritoine ouvert on trouve un petit utérus et un kyste fœtal constitué par des adhérences étendues et solides; l'extirpation totale est réalisée sans trop d'hémorragie. Mais déchirure de l'uretère droit. Pour des raisons que l'auteur explique assez mal, l'urétéro-anastomose est impraticable et séance tenante on néphrectomise le rein correspondant. Fait important, malgré cette formidable intervention, la guérison est parfaite et rapide.

Remarques. — Cette observation montre bien que le péril n'est pas toujours dans l'hémorragie, mais dans certaines adhérences dont les rapports sont parfois bien dangereux.

CONCLUSIONS

I. — Toute grossesse ectopique avancée doit être opérée sans tarder sitôt le diagnostic posé, absolument comme une grossesse ectopique âgée de quelques semaines seulement, pour les raisons suivantes :

a) Les accidents de la grossesse ectopique avancée, malgré l'idée classique, ne le cèdent ni en gravité, fréquence et variété à ceux de la grossesse ectopique jeune;

b) Le peu de valeur du fœtus ectopin n'étant plus à démontrer, le principe d'attendre sa viabilité pour opérer tombe à faux;

c) Plus le terme approche, plus le taux de la mortalité opératoire augmente. En conséquence les meilleures conditions de salut pour la mère résident en une précoce intervention.

II. — L'extirpation des membranes est le procédé de choix; la marsupialisation le procédé de nécessité.

Quels que soient l'âge et l'état de la gestation, l'extirpation présente en effet un taux de mortalité inférieur de 50 % à celui de la marsupialisation.

III. — Le taux de la mortalité mis à part, il y a parallèle absolu pour les deux procédés.

Les cinquième, sixième, septième mois sont les plus favorables.

Le terme est le moment le moins favorable. Passé le terme, et le fœtus mort, le taux de la mortalité redescend sensiblement.

IV. — L'ancienne élythrotomie peut s'appliquer utilement à quelques très rares cas de rétention infectée et bas située.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 décembre 1925.
Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous n'avons pas relevé ici à nouveau les auteurs dans lesquels nous avons puisé les observations).

BARONNET. — Conduite à tenir dans les grossesses ectopiques du cinquième mois au terme. Thèse Bordeaux, 1921-1922.

BARROZI. — In *La Gynécologie*, 1906-1925.

BÉGOUIN. — Traité de gynécologie.

BOJE (O.-A.). — Traitement de la grossesse ectopique avancée. Leipzig, 1906.

BONIFAZI. — Études sur les causes d'erreurs dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Lausanne médical*, 1903.

BULA-LAFONT. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. Thèse Bordeaux, 1890-1891.

GONHEIM (Éva). — De la grossesse ovarienne. *Lausanne médical*, 1902.

CUENET. — De la grossesse extra-utérine dans sa deuxième moitié. *Lausanne médical*, 1923.

DELCAMP (J.). — Contribution à l'étude de la grossesse ectopique avec enfant vivant. Pronostic maternel et fœtal après le cinquième mois. Conduite à tenir. Thèse Paris, 1917-1918.

DOLÉRIS. — In *La Gynécologie*, 1898.

FAURE (J.-L.). — Traité de gynécologie.

FOLET. — In *Annales de gynécologie*, 1896.

FRÉMONT. — De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire. Thèse Paris, 1899-1900.

GILCHRIST. — Traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1890-1891.

- GOURDET. — Rapport au Congrès français de chirurgie, 1902.
- GUERMEUR. — Grossesse ectopique après le cinquième mois. Intervention immédiate, au terme, après le terme. Thèse Bordeaux, 1923-1924.
- GUTTIÈRES. — In *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1904.
- HENNECOURT. — De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine.
- JAYLE. — In *Revue de gynécologie et obstétrique*, 1900.
- LE DENTU, FORGUE et MASSABUAU. — Traitement de la grossesse ectopique, 1898.
- LEJARS. — In *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1904.
- LEMERCIER. — De la grossesse interligamentaire après le cinquième mois. Thèse Paris, 1900-1901.
- MAYGRIER. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation, Paris, 1885-1886.
- MANGIE. — Du traitement chirurgical dans la grossesse extra-utérine. Thèse Bordeaux, 1897-1898.
- OLAW (John). — La question du traitement expectatif de la gestation ectopique avancée. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1906.
- OLIVET. — In *Semaine gynécologique*, 1898.
- ORILLARD. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine quand l'enfant est viable. Thèse Paris, 1893-1894.
- PAQUET. — Quelques notes complètes au sujet de grossesses ectopiques rupturées ou opérées. *Bulletin médical de Québec*, 1922.
- PEGAITAZ. — La grossesse ectopique du point de vue anatomo-clinique. *Genève médical*, 1911.
- PLIEN. — La théorie de la grossesse ectopique durant ces trente dernières années.
- PLANCHU. — Rapport à la Réunion obstétricale de Lyon, 1911.
- POTOCKI. — In *Annales de gynécologie*, 1903.
- POZZI. — In *Bulletin de la Société obstétricale, gynécologique et pédiatrique de Paris*, 1909.
- Traité de gynécologie.
- PRICE. — In *The American Lancet*, 1898.

REGNAULT. — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1890-1891.

RHOOR (Odon). — Traitement de la grossesse ectopique. Budapesth, 1922.

ROCHET. — In *Semaine gynécologique*, 1898.

TRAVERSON. — Contribution à l'étude des grossesses ectopiques aux environs du terme avec enfant vivant. Thèse Paris, 1916-1917.

VERGE. -- De la gestation ectopique. *Bulletin médical de Québec*, 1922.

VIOLET. — Guérison complète des grossesses ectopiques traitées par marsupialisation du kyste. Thèse Tou'ouse, 1909-1910.

